S
7342

No. 49

RECUEIL
DE MÉMOIRES
DE MÉDECINE,
DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE MILITAIRES.

Imprimerie de Mme HUZARD (née VALLAT LA CHAPELLE),
rue de l'Éperon, n. 7. — Juin 1837.

RECUEIL
DE MÉMOIRES
DE MÉDECINE,
DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE
MILITAIRES,

FAISANT SUITE AU JOURNAL QUI PARAISSAIT SOUS LE MÊME TITRE.

Rédigé, sous la surveillance du Conseil de Santé,

Par MM. ESTIENNE, ancien Médecin principal des armées; BÉGIN, Chirurgien en chef, premier Professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg; et JACOB, ancien Pharmacien-major des armées.

PUBLIÉ PAR ORDRE DE S. EXC. LE MINISTRE SECRÉTAIRE D'ÉTAT AU DÉPARTEMENT DE LA GUERRE.

Volume Quarante-deuxième.

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND

PARIS,
IMPRIMERIE DE Mme HUZARD (NÉE VALLAT LA CHAPELLE),
RUE DE L'ÉPERON-SAINT-ANDRÉ-DES-ARTS, n° 7.

1837.

Digitized by the Internet Archive
in 2021 with funding from
Wellcome Library

https://archive.org/details/s7342id1398624

MÉMOIRES
DE MÉDECINE,
DE CHIRURGIE ET DE PHARMACIE
MILITAIRES.

DISCOURS

PRONONCÉ AUX OBSÈQUES

DE M. LE BARON DESGENETTES,

PAR M. BROUSSAIS.

vénérable chef de la médecine militaire périr-
tait, et l'on pouvait prévoir le terme de cette glorieuse carrière. Toutefois, Messieurs, nos regrets n'en sont pas moins amers lorsque notre mémoire se reporte sur les circonstances qui ont amené cette catastrophe ; car c'est par des travaux incessans, commandés par un dévouement sans bornes

aux devoirs de sa profession, à la science et à l'humanité souffrante, que cet homme de bien a précipité le cours d'une vie qui pouvait encore se prolonger.

René-Nicolas Dufriche, baron Desgenettes, naquit à Alençon, en 1762, d'une ancienne et honorable famille originaire d'Essey. Ses parens l'envoyèrent de bonne heure faire ses humanités dans l'Université de Paris : il fut un des élèves du collége, alors fameux, de Sainte-Barbe, et condisciple de plusieurs savans des plus distingués dans la littérature et la philosophie.

Ses premières études terminées, M. Desgenettes se consacra à la médecine : son père, qui désirait en faire un médecin accompli, lui procura la facilité de voyager ; il se rendit en Angleterre et en Italie, où l'agrément de ses manières et la vivacité de son esprit lui procurèrent des liaisons utiles et agréables. Il fut l'ami et le collaborateur du fameux Mascagni, qu'il aida dans ses beaux travaux sur le système lymphatique. Les mémoires que M. Desgenettes nous a laissés attestent que, dans ses différens voyages, il se trouva en rapport avec des personnages éminens, qui ont figuré dans la grande révolution politique et morale qui a signalé la fin du siècle dernier.

Ainsi M. Desgenettes apprit de fort bonne heure à connaître les hommes, à juger la haute

société, et il dut à cette étude importante ce tact si fin, si délicat, qui ne l'abandonna jamais dans la conduite de toute sa vie, qui le maintint au milieu des temps orageux qu'il traversa et dans les postes élevés qu'il fut appelé à remplir.

M. Desgenettes avait terminé ses voyages et se trouvait à Montpellier pour y prendre ses grades en médecine lorsque la révolution éclata. Les étudians l'embrassaient avec ardeur dans cette célèbre Université, et l'on avait lieu de redouter de funestes excès; mais la supériorité de M. Desgenettes fut généralement sentie par cette jeunesse impétueuse : il en devint le chef, et les sentimens de modération et d'humanité qui le distinguaient, secondés par la sagacité précoce du jeune étudiant, réussirent à prévenir bien des malheurs.

M. Desgenettes était déjà connu par d'importans travaux en médecine lorsqu'il soutint ses différens examens pour parvenir au doctorat, en 1789, dans la même Université. Il fut accueilli et fêté par les professeurs les plus renommés de cette école, les Barthez, les Chaptal, les Fouquet, etc. Il fut successivement admis au baccalauréat, à la licence et au doctorat en médecine, par les suffrages unanimes des professeurs, qu'il initiait, en grande partie, aux découvertes de Mascagni.

De retour à Paris, M. Desgenettes contracta

des liaisons avec les principales célébrités de la médecine, entre autres, avec le fameux chirurgien Louis, et surtout avec Vicq d'Azyr, qui lui conseilla d'entrer dans la médecine militaire. Tel fut effectivement le parti qu'il prit et dont ce même Vicq d'Azyr le félicita beaucoup, lui prédisant qu'il allait y trouver la célébrité, en même temps qu'il se mettrait à l'abri des secousses de la tourmente révolutionnaire.

Il entra au service comme médecin ordinaire, en vertu d'un arrêté du pouvoir exécutif, contresigné par le ministre de la guerre, en date du 21 février 1793.

Le jeune médecin militaire servit d'abord dans différens hôpitaux du midi de la France et du nord de l'Italie. Il eut des rapports fréquens avec Masséna, avec le général Bonaparte et avec Junot, qui n'était alors que l'aide de camp de ce dernier : ces liaisons se sont conservées toute la vie.

M. Desgenettes eut souvent l'occasion de faire briller ses connaissances en médecine pratique au chevet de plusieurs officiers supérieurs affectés de maladies graves, et de leur suggérer des mesures sanitaires, sous le rapport de l'hygiène des camps et des hôpitaux; mesures qui furent d'un grand effet et qui donnèrent aux généraux et aux représentans en mission dans les armées les moyens de l'apprécier.

Il se fit encore remarquer plusieurs fois comme défenseur des militaires accusés devant les conseils de guerre, où il obtint des succès remarquables. Il devint ainsi bientôt célèbre, et dès sa troisième année de service, en 1795, il fut appelé d'Antibes à Toulon, comme médecin en chef, pour faire partie d'une expédition maritime dont les préparatifs se faisaient dans cette dernière ville.

Cette expédition ayant manqué, M. Desgenettes fut renvoyé à Antibes et continua de diriger le service des hôpitaux militaires d'une partie de l'armée d'Italie dont il était le chef particulier, pendant que Laurentz était le médecin en chef de toute l'armée.

Après un voyage à Paris, il fut de nouveau dirigé sur Toulon, et fit partie de l'expédition d'Égypte en qualité de médecin en chef. Tout le monde sait combien son expérience, son activité, son courage, son dévouement contribuèrent à la conservation de l'armée, et réussirent à remonter le moral du soldat, ébranlé par les maladies épidémiques et par la peste.

M. Desgenettes a rendu compte de cette expédition dans un ouvrage rempli de détails d'un haut intérêt, et qui est connu de tous les médecins.

De retour en France, il ne tarda pas à être nommé professeur à l'École de santé, qui, depuis,

est devenue la Faculté de médecine de Paris, où le fit appeler un *Plan d'un cours d'hygiène* qu'il rédigea pour cet objet, et qui lui valut les suffrages des professeurs et du Directoire exécutif.

Il était riche en matériaux de ce genre et bien fait pour seconder le célèbre Hallé, dont il devint le suppléant dans l'enseignement de cette branche si intéressante de l'art de guérir.

Mais la confiance du chef du Gouvernement ne lui en laissa pas le loisir : bientôt il fut appelé au Conseil de santé des armées, près le ministre de la guerre, et malgré cet emploi qui, tout aussi bien que celui de professeur, semblait le consacrer à une vie calme et studieuse, il fit successivement les campagnes de Prusse, d'Allemagne, d'Autriche, de Russie et jusqu'à celle des Cent-Jours, en qualité de médecin en chef de la garde impériale ou de la grande armée tout entière. Il dirigeait le service médical de l'hôpital de cette même garde dans les courts intervalles qu'il lui était donné de passer à Paris.

Continuellement tenu en haleine pour suivre Bonaparte dans ses grandes et aventureuses expéditions, M. Desgenettes ne pouvait rien publier; mais lorsque la Restauration l'eut consigné à Paris, et réduit aux fonctions de médecin en chef de l'Hôpital militaire, il mit au jour ses *Éloges des académiciens de Montpel-*

lier, ouvrage qui se fait lire avec un vif intérêt.

La mort de M. Coste lui ayant de nouveau ouvert l'entrée du Conseil de santé, et l'ayant déchargé de ses visites hospitalières, M. Desgenettes monta dans la chaire d'hygiène dont la mort venait d'arracher Hallé; et, depuis cette époque jusqu'aux approches de sa propre fin, il n'a cessé de la remplir et de faire jouir les élèves du fruit d'une expérience acquise par des voyages dans toutes les latitudes, dans tous les sites, et rendue plus féconde par la rapidité de son coup-d'œil, qui lui permettait de tout saisir, par la prodigieuse puissance de sa mémoire, qui ne lui laissait rien oublier : aussi son érudition était-elle immense.

Si l'enseignement de ce savant fut pour les élèves un passe-temps aussi agréable qu'utile, les rapports journaliers qu'il avait avec ses collègues étaient aussi remplis de charmes : le vénérable doyen de la médecine militaire emporte dans la tombe les regrets unanimes des professeurs de la Faculté de médecine, regrets que l'un de ses membres est chargé d'exprimer en ce triste lieu (1).

---

(1) M. le professeur Bouillaud, dont l'éloquent discours a été imprimé, et se trouve dans la bibliothèque de la Faculté.

Je lui dois aussi, Messieurs, l'expression de ma reconnaissance particulière; ce fut M. Desgenettes qui m'initia dans la médecine militaire; il m'honora d'assez d'estime pour me faire admettre dans le même grade où lui-même y était entré, celui de médecin ordinaire : au bout de quatre années, il me confia les fonctions de principal et me mit à même de recueillir des matériaux dont j'ai offert le tribut à la science.

La vie beaucoup trop active de notre illustre chef, dans des postes élevés qui l'enlevaient aux hôpitaux, ne lui a pas permis d'approfondir, dans ses écrits, les hautes questions de la médecine pratique : c'est ce qui nous explique son entrée si tardive dans le premier corps savant de la France; mais enfin l'Institut sentit ce qu'il devait aux longs services de M. Desgenettes, à son enseignement et à des travaux scientifiques qui, sans constituer des ouvrages de longue haleine, n'ont pas laissé d'être fort utiles : ce fut donc dans sa vieillesse qu'il alla s'asseoir à l'Académie des sciences, et ce sort lui est commun avec l'illustre Chaussier.

L'Institut, dont j'ai l'honneur d'être ici l'interprète, a été vivement affligé de la perte d'une gloire dont il avait senti le besoin, et qui se rattache à de si glorieux souvenirs.

Un ministre de la guerre, connu par la pro-

fondeur de ses vues administratives, avait senti que c'était chose digne et utile de confier à la vieille expérience des anciens chefs du service de santé militaire le soin des braves qui ont blanchi sous les drapeaux. En effet, il est bon, il est profitable pour la science que les médecins, qui ont tant de fois rétabli des santés chancelantes, constatent les résultats de leurs soins, s'exercent à les rendre plus efficaces, s'il est possible, et en donnent les moyens aux générations qui les suivent. Le sort en a décidé autrement, et Desgenettes, aussi bien que ses honorables collègues, n'a pas longtemps joui des avantages que lui promettait son retour à la pratique de l'art de guérir, dans l'hôtel royal des Invalides.

Le nom de Desgenettes est européen, universel; la médecine militaire française n'en a jamais compté de plus illustre. Devenu prisonnier dans la campagne de Russie, il écrivit à l'empereur Alexandre une lettre laconique et pleine de dignité. Le monarque lui rendit aussitôt sa liberté par un ukase, où il se plaît à répéter les expressions de la lettre du médecin en chef. « Les soins » que j'ai donnés aux soldats que le sort des » armes a faits prisonniers de la France me don- » nent des droits à la *bienveillance* de toutes les » nations. »

Alexandre s'était contenté de substituer le mot

de reconnaissance à celui de bienveillance : cette circonstance honore les deux personnages.

Bernadotte, aujourd'hui roi de Suède, lui accordait une haute considération : le titre de chevalier de l'Étoile polaire de Suède, dont il l'avait décoré, en est une preuve assez authentique.

L'éclat de son nom, la haute considération qu'il devait à la supériorité de son esprit, aussi bien qu'à cette connaissance si parfaite du monde dont nous avons fait mention, le suivirent dans la vie civile qui succéda au tumulte des camps, et le rendirent l'objet du respect et de la confiance de ses concitoyens. Le dixième arrondissement de Paris le choisit pour son maire, dignité qu'il conserva jusqu'au moment où le délabrement de sa santé lui rendit le poids de cette charge intolérable.

Tel fut l'homme que nous pleurons aujourd'hui ; il laisse de grands souvenirs à tous les Français, de beaux exemples aux médecins militaires. Que sa cendre repose en paix ! Sa mémoire restera toujours honorée de ceux qui seront sensibles à la gloire de nos armes.

MEMOIRE

SUR

L'ENDOCARDITE;

PAR M. G. TOURDES,

Médecin-Adjoint, Professeur à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg, agrégé à la Faculté de Médecine.

La connaissance de l'endocardite, si récemment acquise à la science, est loin d'être sans intérêt pour le médecin militaire; peu d'observateurs sont aussi bien placés que lui pour étudier cette importante affection. Une de ses causes les plus fréquentes, le rhumatisme articulaire, amène dans nos hôpitaux un grand nombre de jeunes soldats, et trop souvent l'endocardite, méconnue, devient le point de départ de ces lésions organiques du cœur, qui figurent, dans une si forte proportion, parmi les cas de réforme. Ayant eu plusieurs fois l'occasion d'observer cette maladie, je vais rapporter les faits que j'ai recueillis, en les accompagnant de quelques réflexions générales.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Rhumatisme articulaire et endopéricardite à la suite de bains froids. — Récidive sept ans après. — Vives douleurs dans les articulations. Palpitations, bruit de soufflet au premier temps, frémissement vibratoire. — Traitement antiphlogistique. — Fièvre typhoïde intermittente. — Mort. — Ulcération des plaques de Peyer, adhérence du péricarde au cœur, induration fibro-cartilagineuse des valvules sigmoïdes.

P***, soldat au 3e régiment d'artillerie, âgé de vingt-quatre ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, d'une constitution peu robuste, a été atteint, il y a sept ans, à la suite de bains froids, d'un rhumatisme articulaire extrêmement intense, dont la durée a excédé dix mois. Presque toutes les articulations ont été envahies; le traitement s'est réduit à une saignée générale et à des applications de cataplasmes émolliens. Depuis cette époque, la santé de P*** s'est rétablie; il n'éprouve plus que, par intervalles, des douleurs vagues dans les membres, mais il est resté sujet à des palpitations de cœur habituelles, peu incommodes, à moins d'un violent exercice, et déterminant assez fréquemment des réveils en sursaut. Jusqu'au mois de mai dernier, il n'a

éprouvé aucune récidive de son affection rhumatismale. A la suite d'une marche de Schelestadt à Strasbourg, il ressent une douleur assez vive dans le genou droit; il entre à l'hôpital militaire (service des blessés), le 27 mai 1836. Une application de ventouses scarifiées dissipe la douleur. Le malade sort le 13 juin. Trois jours après, les douleurs reparaissent; plusieurs articulations sont promptement entreprises. P*** rentre à l'hôpital le 23 juin; il est placé dans le service des fiévreux, qui m'était alors confié.

Le 24 juin, douleur et tuméfaction des deux genoux, du pied gauche, du poignet droit, des doigts et du gros orteil du même côté; mouvement douloureux, immobilité presque complète, décubitus sur le dos; battemens du cœur énergiques et rapides, superficiels, réguliers; bruit de soufflet, râpeux, pendant la contraction des ventricules, couvrant entièrement le premier bruit, se prolongeant vers le haut du thorax, perçu à droite, à gauche, au bas et au dessus du cœur; deuxième bruit éclatant; frémissement vibratoire intense, matité circonscrite, point de voussure; respiration accélérée, dyspnée; point de toux, murmure respiratoire dans tout le thorax, sentiment de gêne au bas du sternum, point de douleur à la région cardiaque; langue humide et blanche, anorexie, soif modérée; selles régu-

lières; céphalalgie susorbitaire; peau chaude sans sueur, pouls fréquent, roide, médiocrement fort, isochrone aux pulsations du cœur.

Diète, eau gommeuse, saignée de douze onces (point de couenne, caillot consistant); cataplasmes émolliens sur les articulations. Soulagement, légère exacerbation le soir.

Le 25, insomnie, agitation; même état des membres et du cœur; pouls plus fort.

Saignée de douze onces; même aspect du sang.

Le 26, un peu de sommeil, mais réveil brusque au milieu de violentes palpitations; très vives douleurs au poignet et au pied droits; chaleur générale et fréquence du pouls diminuées; même impulsion et mêmes bruits du cœur; peu de soif; une selle par lavement.

Diète, eau gommeuse, émulsion, trente sangsues sur les articulations.

Le 27, quelques heures de repos; sueur assez copieuse pendant la nuit; moins de gonflement et de rougeur au poignet et aux articulations phalangiennes du pied; un peu d'appétit.

Bouillie, eau gommeuse, cataplasmes.

Le 28, douleur vive dans le genou qui a été le point de départ de l'affection rhumatismale; rougeur, tuméfaction, immobilité; mêmes phénomènes, mais à un moindre degré, dans l'épaule

gauche; accélération peu sensible de la circulation; peau plus chaude, restant humide; point de soif; appétit continuant.

Dix ventouses scarifiées, six au genou, quatre à l'épaule; cataplasmes.

Le 29, mieux sensible; le 30, douleur persistante, mais affaiblie dans le genou, le gros orteil et l'épaule, avec gonflement des deux premières articulations; gêne dans les mouvemens des deux coudes; palpitations du cœur par intervalles; permanence du bruit de soufflet et de l'énergie des contractions; pouls dur, peu développé, point de fièvre, appétit, selle régulière, du sommeil.

Soupe au lait, boullie, eau de gomme, liniment opiacé, et taffetas ciré sur les articulations malades.

Le 1er juillet, même état. Du 2 au 6, diminution graduelle, puis cessation absolue des douleurs, si ce n'est au genou droit, où persiste un sentiment de gêne, avec un léger gonflement; impulsion du cœur moins vive; mêmes signes fournis par l'auscultation; pouls calme, toujours un peu vibrant, quelques palpitations par intervalles; la nuit, décubitus à droite, sommeil paisible, appétit prononcé, selles régulières.

Quart et alimens légers, décoction blanche, taffetas ciré et frictions huileuses sur le genou droit.

Du 7 au 10, convalescence paraissant se confirmer; retour des forces, appétit croissant, digestion facile; le malade se lève pendant quelques heures.

Demie et côtelette le matin, quart et riz le soir.

Jusqu'ici nous avons eu à combattre une endocardite et un rhumatisme articulaire; maintenant une nouvelle complication se déclare.

Le 11, quelques coliques dans la nuit, trois selles liquides. A la visite du matin, langue blanche et humide, soif modérée, anorexie; quelques douleurs dans l'abdomen à l'instant où les selles sont rendues; point de sensibilité à la pression; fluctuation dans la fosse iliaque droite; déjections alvines jaunâtres; pouls fréquent, peu développé; battemens du cœur plus rapides, sans augmentation de force d'impulsion; peau chaude et sèche.

Diète, décoction de riz gommé, cataplasme émollient sur le ventre, deux demi-lavemens amylacés.

Le 12, peu de sommeil, dix selles, quelques nausées, ventre plus douloureux; affaiblissement notable, tristesse.

Quinze sansgues aux fosses iliaques.

Le 13, sept ou huit selles; vomissemens, soif plus vive, pouls plus fréquent, peau plus chaude.

Eau de riz, lavemens amylacés, cataplasmes.

Le 14, même état. Dix gouttes de laudanum dans les lavemens.

Le 15, huit selles, peau chaude, aride; pouls fréquent et petit; amaigrissement notable, chute des forces, teint plombé, expression de douleur, inquiétude.

Émulsion, deux pilules d'un demi-grain d'extrait gommeux d'opium.

Le 16, lavemens promptement rejetés avec des coliques assez vives; même fréquence de selles; déjections moins copieuses, mais brunâtres et fétides; ventre souple, parois amincies; sensation au toucher, du liquide contenu dans le gros intestin.

Eau de riz, un grain et demi d'opium, quatre ventouses scarifiées sur l'abdomen, fomentations émollientes.

Le 17, point de sommeil, agitation, pouls plus fréquent. — Deux grains d'opium. — Le 18, chaleur, langue plus rouge, un peu de météorisme; six selles, abattement, indifférence. — Eau de gomme, émulsion.

Le 19, pouls fréquent, assez développé; face rouge, toux, respiration accélérée, plusieurs selles, ventre tendu.

Le 20, délire pendant la nuit; assoupissement le matin; langue sèche, rouge; peu de soif; pouls fréquent, plus serré.

Eau de gomme, cataplasmes chauds aux pieds, fomentations froides sur le front.

Le 21, délire continuel; persistance de la diarrhée; toux fréquente, crachats jaunâtres et consistans; râle muqueux, abondant à la partie postérieure des deux poumons.

Le 22, assoupissement; prostration profonde des forces; langue sèche, racornie; dents fuligineuses; météorisme abdominal considérable; pouls très fréquent, petit; soubresaut des tendons.

Infusion pectorale, potion gommeuse, sinapismes répétés aux extrémités inférieures.

Le 24, mêmes symptômes; sueurs à la poitrine et à la face; quelques sudamina sur les clavicules.

Le 25, prostration croissante, selles involontaires, dyspnée, expectoration difficile.

Quatre grains de sulfate de quinine dans une potion gommeuse, vésicatoires aux mollets, frictions sur les membres avec l'oxycrat.

Le 26, pouls très fréquent, irrégulier; stupeur. — Le 27, coma continuel, plusieurs selles, refroidissement des extrémités.

Sulfate de quinine, sinapismes, cataplasmes chauds aux pieds, lotions avec le vin aromatique.

Les 28 et 29, agonie. Aussi longtemps que les

pulsations du cœur sont distinctes, on perçoit le bruit de soufflet au premier temps, et le frémissement cataire. Mort le 30 juillet.

Autopsie vingt heures après la mort. — Adhérence complète du péricarde au cœur, à l'aide d'un tissu cellulaire blanc, lamelleux, serré, parsemé de plaques cartilagineuses du volume d'un grain de millet à celui d'une pièce de dix sous; volume du cœur assez considérable, hypertrophie légère des deux ventricules, avec dilatation de leur cavité; oreillettes assez larges, caillots rouges, non adhérens; valvules sigmoïdes de l'aorte et de l'artère pulmonaire, dures, épaissies, volumineuses, peu mobiles, transformées en un véritable tissu fibro-cartilagineux, criant sous le scalpel; rétrécissement notable des deux orifices artériels; valvule mitrale un peu indurée; coloration normale de l'endocarde aux valvules et aux autres points de sa surface; rien dans les gros vaisseaux; plèvres saines, poumons fortement engoués, surtout à la partie postérieure; à droite et en arrière, deux noyaux volumineux, durs, non crépitans, splénifiés. Développement des follicules et plaqes ulcérées dans les deux derniers pieds de l'iléon; muqueuse du colon brunâtre, boursouflée, parsemée, surtout vers le rectum, de petits ulcères ronds et coupés à pic. Intégrité de l'estomac, du foie et de

la rate; légère congestion sanguine du cerveau, un peu de sérosité dans les ventricules; ramollissement et rougeur de la partie spongieuse du condyle externe du fémur droit, et de l'extrémité articulaire du premier métatarsien du même côté.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Refroidissement. — Rhumatisme articulaire. — Palpitations violentes, éclat des bruits du cœur. — Saignées, vésicatoire, digitale par la méthode endermique. — Guérison du rhumatisme, persistance de la surexcitation du cœur.

W***, du 3e régiment d'artillerie, âgé de vingt-six ans, lymphatico-sanguin, d'une constitution assez robuste, d'une santé généralement bonne, éprouve, à la suite d'un refroidissement, une vive douleur dans le genou droit. Cette douleur ne cédant point au repos, il entre à l'hôpital le 8 août 1836, quatre jours après l'invasion de la maladie.

Le 9 août, sixième jour, vive douleur au genou droit, avec gonflement et rougeur de l'articulation; mouvemens difficiles, sentiment de gêne dans le genou gauche; point de soif, langue blanche, ventre libre, céphalalgie nulle, respiration facile, cœur tranquille, battemens réguliers,

bruits normaux, pouls presque naturel; chaleur générale modérée. — Soupe au lait, eau de gomme, vingt sangsues au genou, cataplasmes.

Le 7e jour, même état des articulations, même calme de la circulation générale; soif légère. — Quinze sangsues sur le genou droit.

Dans la nuit du 8e jour, frissons accompagnés de malaise, puis chaleur intense. A la visite du matin, douleur dans les deux épaules, les deux genoux, le coude droit, avec gêne des mouvemens; langue blanche, humide, mais soif; battemens du cœur rapides, assez forts; pouls fréquent, dur; peau chaude. — Diète, eau de gomme, émulsion, saignée de douze onces. (Couenne très mince.)

Le 9e jour, nuit agitée, insomnie; inflammation propagée aux deux genoux, aux coudes, aux épaules, aux poignets, aux pieds; peu de gonflement, douleurs médiocres; mouvemens du cœur rapides et forts, quelquefois tumultueux; palpitations violentes à plusieurs reprises (le malade n'y est point sujet); éclat et dureté des deux bruits, qui avaient conservé jusque-là leur timbre normal; perception de ce phénomène dans les différens points de la région cardiaque, au dessous du sternum, et vers les premières côtes; dyspnée légère; sentiment de gêne dans la poitrine, s'accroissant avec les palpitations, point

de toux; plus de matité que de coutume à la région du cœur; pouls dur, fréquent, médiocrement développé, chaleur générale, peau sèche. — Eau de gomme, émulsion, saignée de quinze onces, couenne plus épaisse.

Le 10e jour, amélioration marquée dans les phénomènes articulaires; moins de douleur; chaleur générale diminuée; peau moite, diaphorèse pendant la nuit; battemens du cœur un peu moins énergiques; mais persistance de l'éclat des bruits, des palpitations, de la dureté et de la fréquence du pouls. — Cataplasmes.

Le 11e jour, même état, palpitations pendant la nuit. — Le 12e, douleurs plus vives dans les articulations; un peu d'oppression; pouls fréquent, fort, peau chaude; le soir, sueurs abondantes. — Diète, eau gommeuse, émulsion, cataplasmes. — Le 13e, amélioration, sueurs, urines chargées; même état du cœur.

Le 14e jour, genoux, pieds, poignets plus libres; douleur vive au coude et dans l'épaule gauche; réaction fébrile presque nulle. — Crème de riz, six ventouses scarifiées.

Le 15e jour, point de changement dans les articulations; soif nulle, langue humide, appétit, chaleur modérée, quelques sueurs; sentiment de mieux-être; battemens du cœur énergiques, éclat remarquable des deux bruits, pouls vibrant et

dur.—Soupe au lait, cataplasmes à l'épaule et au coude gauches; taffetas ciré aux deux genoux et au poignet droit.

Les 16e, 17e, 18e et 19e jours, cessation graduelle des douleurs dans les différentes articulations, si ce n'est au coude et à l'épaule gauches; disparition du mouvement fébrile; plus de bouffées de chaleur et de diaphorèse; appétit, digestions assez faciles, un peu de constipation, mais persistance opiniâtre de tous les phénomènes cardiaques, bien que le malade n'eût éprouvé aucun désordre dans les fonctions du cœur avant cette époque, et qu'il en fût encore exempt quatre jours après l'invasion du rhumatisme; palpitations énergiques, éclatant tout à coup au milieu de la nuit, et troublant le sommeil par de vives angoisses; cœur frappant le thorax avec force, bruits clairs, distincts, superficiels; matité assez étendue; pendant le sommeil, décubitus sur le côté droit; faiblesse et amaigrissement. — Alimens légers, décoction blanche, infusion de tilleul, vésicatoire au bras gauche.

Du 20e au 25e jour, épaule dégagée, douleur bornée au coude gauche; appétit assez vif; forces renaissant avec lenteur; même état du cœur. — Le 26e, plus de calme dans la circulation; palpitations par intervalles; le malade se lève.—Quart et côtelette, douze grains de poudre de digitale

sur le vésicatoire. Continuation de la même médication pendant huit jours, sans influence marquée sur la circulation. Disparition de la douleur du coude vers le 10 septembre; à cette époque, appétit assez vif; retour graduel des forces et de l'embonpoint; convalescence assuree, mais accroissement remarquable de l'irritabilité du cœur; palpitations fréquentes, impulsion brusque, bruits éclatans, pouls dur, phénomènes ne déterminant aucune gêne notable dans la respiration et les autres fonctions de l'économie. Sortie de l'hôpital dans les derniers jours de septembre.

TROISIÈME OBSERVATION.

Diarrhée chronique. — Endocardite depuis dix-huit mois, à la suite d'un rhumatisme articulaire. — Induration des valvules sigmoïdes, rétrécissement des orifices artériels. — Exaspération des symptômes cardiaques. — Inefficacité de la digitale, effets plus marqués de l'opium. — Amélioration de quelques symptômes, guérison incomplète.

D***, du 4e régiment d'artillerie, âgé de vingt-deux ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution qui a dû être robuste, entre à l'hôpital le 27 septembre 1836, atteint, depuis

quinze jours, d'une diarrhée aiguë. A la suite d'un traitement antiphlogistique approprié, les coliques se calment, les selles deviennent moins fréquentes, et la réaction fébrile moins prononcée; mais le pouls conserve une roideur qui n'est point en rapport avec les autres symptômes. Vers le milieu d'octobre, la diarrhée est passée à l'état chronique : trois ou quatre selles par jour, un peu d'appétit, coliques quelques heures après l'ingestion des alimens; soif par intervalles, douleurs sourdes dans l'abdomen, développées par la pression; aplatissement du ventre, maigreur, affaiblissement graduel; vers le soir, chaleur à la peau, avec fréquence et dureté du pouls.

Dans la nuit du 16 octobre, le malade éprouve de violentes palpitations accompagnées de dyspnée. A la visite du matin, il présente les symptômes suivans : battemens du cœur brusques, énergiques, fréquens, soulevant avec force le thorax, perçus dans toute son étendue; premier bruit dur, couvert par un léger souffle entendu à droite et à gauche du cœur; second bruit net et éclatant; matité assez prononcée, point de voussure, sentiment de gêne à la région cardiaque, oppression considérable, face rouge, animée; pouls dur, vibrant, médiocrement développé. Interrogé sur l'origine de ses palpitations,

le malade nous rapporte qu'il les a éprouvées, pour la première fois, il y a dix-huit mois environ, pendant le cours d'un rhumatisme articulaire; elles ont atteint alors un haut degré de violence. D*** est resté quarante ou cinquante jours dans l'hôpital d'une des petites villes de son département. Le traitement a consisté en deux saignées générales et en plusieurs applications de sangsues. Depuis cette époque, le malade est sujet à des palpitations de cœur qui reparaissent sous l'influence de l'exercice et des émotions morales. Son sommeil est fréquemment troublé par des attaques de dyspnée subites; il se réveille brusquement au milieu de vives angoisses, et frappé d'une inexprimable terreur. Ces accidens se manifestent principalement lors du décubitus sur le dos ou sur le côté gauche. Ces divers symptômes me paraissent indiquer une induration des valvules sigmoïdes de l'aorte et de l'artère pulmonaire, avec rétrécissement des deux orifices, et hypertrophie légère des deux ventricules. — Saignée de huit onces, malgré la faiblesse du malade (caillot mou, beaucoup de sérum), deux émulsions avec un demi-grain d'extrait gommeux d'opium, diète absolue; un peu de calme dans la soirée, nouvelles palpitations dans la nuit.

Le 19, cœur actif, double contraction ventriculaire dans le premier temps, se présentant à

plusieurs reprises; pouls fréquent, dur, oppression; trois selles la nuit; soif assez vive. — Diète, eau de gomme, émulsion, potion gommeuse avec quinze gouttes de teinture de digitale. Cette potion détermine des coliques; il en est de même d'un grain de poudre de digitale, administré à la visite du soir.

Le 20, même état; plusieurs selles. — Deux grains d'extrait gommeux d'opium. — Le 21, amélioration; battemens moins rapides et moins forts; trois selles; moins de soif et moins de chaleur à la peau. — Diète, trois grains d'opium.

Du 21 octobre aux premiers jours de novembre, diminution de la surexcitation du cœur; palpitations plus rares, moins énergiques; sommeil assez paisible, mais persistance du bruit de soufflet et de la vivacité des contractions ventriculaires; point de soif, un peu d'appétit, deux ou trois selles liquides par jour; maigreur, affaiblissement. — Alimens légers, eau de gomme, émulsions simples et opiacées.

Du 3 au 6, mieux sensible; une seule selle; point de palpitations. — Le 6, quart et côtelette, un peu de vin. — Le 7, quatre selles, palpitations vives et dyspnée, bruit de soufflet, impulsion brusque; forces diminuées, face pâle, appétit toujours prononcé; point de soif. — Soupe maigre, eau de gomme, un demi-grain d'opium,

vésicatoire à la face interne de la cuisse. — Le 8, plus de calme; trois selles. — Deux grains d'opium.

Du 9 au 18, les palpitations s'apaisent graduellement, et le cœur reprend le degré d'activité qu'il avait avant cette rechute; le pouls est toujours dur, peu développé; les battemens centraux sont brusques et vifs; le premier temps est rempli par le même bruit de soufflet. — Douze grains de poudre de digitale sont appliqués pendant huit jours sur le vésicatoire, et n'exercent aucune influence notable sur l'état du cœur. L'amélioration est surtout déterminée, comme dans la première atteinte, par l'extrait gommeux d'opium, qui est continué jusqu'au 19 de ce mois. Sous l'influence de la même médication, la diarrhée est réduite à une ou deux selles liquides par jour, et le malade reprend quelques forces. Ses alimens sont graduellement augmentés. — Le 19, il mange le quart. Un congé de convalescence qu'il a réclamé avec instance lui est accordé. — Le 23, ses forces lui permettant de supporter le voyage, il sort de l'hôpital. La diarrhée est en voie de guérison, mais l'endocardite chronique présente toujours les mêmes symptômes; battemens brusques et forts, bruit de soufflet au premier temps, palpitations par intervalles.

QUATRIÈME OBSERVATION.

Rhumatisme articulaire accompagné de violentes palpitations du cœur à l'âge de neuf ans. — Nouvelle attaque cinq ans plus tard. — Vives douleurs articulaires. — Contractions du cœur fortes et irrégulières, battemens superficiels, douleurs à la région cardiaque, bruits éclatans, matité étendue. — Diarrhée intercurrente. — Émissions sanguines locales ; digitale, extrait d'opium, vésicatoires. — Guérison ; palpitations reparaissant par intervalles.

J***, âgé de quatorze ans, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution faible, appartenant à une famille pauvre, qui habite une chambre malsaine dans une rue étroite et humide, a éprouvé, il y a cinq ans, un rhumatisme articulaire intense, qui a mis sa vie en danger. Depuis cette époque, il est sujet à des palpitations de cœur et à des douleurs vagues dans les membres. A la fin de juin 1836, sans cause connue, ces douleurs augmentent ; elles se fixent aux deux genoux et à l'épaule gauche, puis envahissent les coudes, les poignets et les doigts.

Le 3 juillet, ce malade, observé pour la première fois, présente les symptômes suivans : douleur, rougeur, gonflement et immobilité des

articulations prises; contraste de leur volume avec la maigreur des membres; battemens du cœur, violens, tumultueux, superficiels; éclat et force des deux bruits; matité, étendue, dyspnée, un peu de toux; poitrine sonore, respiration complète; soif, langue rouge, constipation; pouls très fréquent, fort et dur; face animée, malaise et agitation; décubitus sur le dos. — Diète, infusion de guimauve et de réglisse, potion gommeuse, quinze sangsues à l'épigastre, cataplasmes. Le 4, même état. — Lavement émollient. — Le 5, mouvemens du cœur plus violens, faisant vibrer tout le thorax; prédominance du premier bruit; pouls serré; sensation de douleur à la région cardiaque; oppression, faiblesse; menaces de lipothymie. — Douze sangsues à la région du cœur. — Le 6, moins d'agitation; même douleur à la région du cœur; genou plus libre; vertèbres cervicales et dorsales, pieds et quelques orteils envahis par le rhumatisme; soif; une selle; à peine quelques heures de sommeil depuis le commencement de la maladie. — Diète, infusion émolliente, linimens opiacés, cataplasmes sur la région du cœur et les articulations les plus douloureuses. — Le 7, souffrances un peu moins vives; mouvement fébrile augmentant le soir; sueur copieuse; soif; beaucoup de faiblesse. — Bouillon, infusion de tilleul, mêmes moyens locaux.

— Le 8, point de changement. — Le 9, palpitations violentes et étouffemens; douleur persistante aux coudes et aux épaules, moins intense aux extrémités inférieures; diaphorèse continue. — Vésicatoire sur la région du cœur. — Le 10, soulagement marqué, sensation de mieux-être, même énergie des battemens. — Le 11, gonflement des articulations considérablement diminué; douleurs sourdes, s'exaspérant par intervalles; cœur fort, moins de soif, appétit. — Bouillie, infusion émolliente, potion gommeuse avec dix-huit gouttes de teinture de digitale; vésicatoire entretenu, liniment opiacé. — Du 11 au 14, mêmes moyens, amélioration légère; contractions du cœur moins fortes, pouls moins fréquent, douleurs calmées. Le malade se lève une fois.

Le 15, soif vive, langue rouge, nausées, ventre tendu, coliques; six selles pendant la nuit, palpitations, pouls fréquent, petit; peau chaude, aride; faiblesse; peu de douleur dans les membres. — Diète, eau de riz, lavemens amylacés, cataplasmes sur l'abdomen. — Le 16, selles nombreuses, toujours accompagnées de coliques; fièvre intense. — Demi-lavement avec la décoction de têtes de pavots, un grain d'extrait gommeux d'opium. — Du 17 juillet au 2 août, diminution graduelle de la diarrhée, qui est réduite à une ou deux selles liquides par jour; persistance de

la douleur rhumatismale au coude et au poignet gauches, palpitations par intervalles, mais diminution de l'énergie du cœur; amélioration de tous les symptômes, sous l'influence de l'administration continuée de l'opium à la dose d'un à deux grains par jour. — Alimens légers, infusion de tilleul, vésicatoire entretenu, linimens ammoniacaux et taffetas ciré sur les membres, extrait gommeux d'opium. — Du 3 au 15 août, appétit prononcé, selles naturelles, douleurs articulaires presque nulles, pulsations du cœur régulières, toujours fortes; lent retour des forces, pâleur et maigreur excessives. — Nourriture plus substantielle, un peu de viande, deux grains de sulfate de quinine en solution par jour : guérison complète vers le 25 du même mois.

J***, au mois de novembre, a repris ses forces et un peu d'embonpoint; mais il éprouve, lors des changemens de temps, des douleurs vagues dans les membres; les battemens du cœur sont énergiques et rapides, sans altération des bruits; la matité de la région cardiaque est assez considérable, et des palpitations se développent à la suite de la marche et des exercices prolongés. Ces symptômes annoncent une hypertrophie légère des deux ventricules.

CINQUIÈME OBSERVATION.

Rhumatismes intenses et répétés. — Palpitations violentes, bruit de soufflet, d'abord simple, puis existant aux deux temps. — Diarrhée intercurrente. — Saignées générales et locales, digitale, aconit, opium, hydrochlorate de morphine, vésicatoires. — Guérison incomplète. — Rechute, mêmes symptômes.

Joseph M***, âgé de trente-six ans, serrurier, déjà affecté, il y a quelques années, d'un rhumatisme général avec palpitations de cœur qui n'ont cessé qu'incomplètement, entre à l'hôpital civil, dans la salle de clinique de M. le professeur Forget, le 30 août 1836, atteint, depuis six jours, de nouvelles douleurs articulaires, à la suite d'un refroidissement.

Le 30 août, genoux, hanches, main droite, portion de la main gauche envahis par le rhumatisme; vives souffrances, gêne des mouvemens, rougeur et tuméfaction; battemens du cœur tumultueux et intermittens, faisant vibrer toute la poitrine; premier bruit normal; second bruit, remplacé par un bruit de soufflet énergique, qui se propage le long du sternum; matité cardiaque assez étendue; pouls fort, élevé et dur; beaucoup de fièvre, soif, constipation, quelques vomissemens. Jusqu'au 3 septembre, trois saignées, une

de seize, deux de douze onces ; un grain d'extrait d'aconit le matin et de digitale le soir ; amélioration légère, épistaxis. Les jours suivans, état stationnaire, potion stibiée sans résultat. — Le 9, douleurs plus vives ; intermittences dans le pouls ; bruit de soufflet aux deux temps. — Vésicatoire sur la région du cœur, quinze grains de poudre de digitale, par la méthode endermique, élévation des doses de l'aconit et de la digitale à l'intérieur, bains de vapeur. — Membres moins douloureux, cœur plus calme. — Le 12 et le 19, nouvelles exacerbations des phénomènes articulaires et cardiaques. — Saignée de douze onces, sangsues à la région du cœur et sur les articulations, ventouses scarifiées, vésicatoire sur le thorax saupoudré d'hydrochlorate de morphine ; pilules d'opium ; suspension de la digitale, à la suite de vertiges et de lenteur dans le pouls. — Amélioration jusqu'au 1er octobre, traversée encore par une irritation gastro-intestinale, qui ne cède qu'à deux applications de sangsues. La convalescence s'établit vers la fin de ce mois. Articulations plus libres, pulsations du cœur régulières, moins fortes, mais persistance du bruit de soufflet aux deux temps. Le malade sort et reprend ses occupations habituelles.

Dans les derniers jours de novembre, les douleurs rhumatismales, qui n'ont jamais cessé

complètement, reparaissent avec une nouvelle force, et ramènent le malade à l'hôpital. Plusieurs articulations sont entreprises; les palpitations sont violentes, et accompagnées, par intervalles, d'une dyspnée considérable; les battemens du cœur brusques, rapides, parfois irréguliers, soulèvent avec force le thorax; la matité est assez étendue; un bruit de soufflet, dur et râpeux, existe aux deux temps; il est perçu par le malade lui-même, lorsque celui-ci est couché sur le dos, la tête appuyée sur l'oreiller; la région cardiaque est le siége d'un frémissement vibratoire très caractérisé. Ces différens symptômes établissent l'existence d'une lésion organique du cœur, consistant dans l'induration fibro-cartilagineuse de la valvule mitrale et des valvules sigmoïdes de l'aorte et de l'artère pulmonaire, induration accompagnée du rétrécissement des deux orifices artériels.

SIXIÈME OBSERVATION.

Emphysème ancien. — Péripneumonie aiguë. — Endocardite valvulaire, caillot dans le cœur diagnostiqué pendant la vie. — Terminaison par la mort.

Un homme d'une cinquantaine d'années, affecté de toux et de dyspnée chroniques par emphysème pulmonaire, entre à la clinique de la Faculté de Médecine de Strasbourg, au mois de

juin 1836, atteint, depuis trois semaines, d'une violente péripneumonie. — La matité, le souffle, la bronchophonie distinguée à travers les ronchus bruyans disséminés dans la poitrine, les crachats rouillés diffluens, jus de pruneaux, la dyspnée, la fréquence et l'irrégularité du pouls indiquent une pneumonie au troisième degré. A ces symptômes, se joignent de violentes palpitations de cœur, et un bruit de soufflet très intense qui couvre entièrement les deux bruits normaux. Quatre saignées, trois applications de ventouses scarifiées, deux potions émétisées, et deux vésicatoires sur le thorax ne peuvent prévenir l'issue funeste qui a lieu le septième jour de l'entrée. Quarante-huit heures avant la mort, l'irrégularité du pouls, le tumulte et l'obscurité des battemens du cœur, la matité de la région correspondante, joints à l'extrême dyspnée, font diagnostiquer la présence de caillots dans le cœur. A l'autopsie, on trouve cet organe volumineux et flasque, l'endocarde très rouge aux valvules et dans les cavités, des caillots décolorés, et comme organisés dans l'oreillette gauche et dans le ventricule droit. Les deux poumons sont, en partie, hépatisés; dans le gauche, la pneumonie est centrale (1).

---

(1) Ce n'est qu'hypothétiquement qu'on peut dire que la toux et la dyspnée chroniques de cet homme dépendaient d'un emphysème du poumon. Cet homme était porteur

Considérations générales.

Telles sont les observations d'endocardite que j'ai eu l'occasion de recueillir. J'ai cru que l'importance des faits dans une question toute nouvelle (1) m'autorisait à les exposer avec détails. Je vais maintenant analyser ces faits, et essayer d'en déduire quelques conséquences générales, relativement aux causes, aux symptômes, à l'anatomie pathologique et au traitement de l'endocardite ; je comparerai à ces inductions les résultats que présentent les observations déjà connues, établissant, de cette manière, l'histoire générale de la maladie. C'est à des sources toutes modernes que nous demanderons nos matériaux, l'endocardite a échappé à la plupart des anciens observateurs. Confondue avec les autres affections du cœur, sous les dénominations communes d'ané-

---

d'une ancienne affection du cœur, qui suffit bien pour expliquer ces symptômes, et s'il avait un emphysème, il pouvait en dépendre. Cette supposision est plus probable que l'autre, car l'emphysème primitif du poumon n'est pas suffisamment constaté. (*Note de M. Broussais.*)

(1) Les propositions 162, 163 et 165 de l'*Examen des doctrines* distinguent les trois siéges principaux de l'inflammation du cœur ; elle peut s'y développer dans la membrane externe, dans l'interne, et dans le tissu musculaire du cœur. Chacune d'elles a reçu son commentaire.

(*Note de M. Broussais.*)

vrisme et de lésions organiques, elle a été dégagée une des dernières de ces unités médicales, si longtemps réfractaires à l'analyse.

Le cœur est composé de différens tissus ; il est soumis à divers ordres d'agens pathogéniques; ces tissus peuvent être affectés isolément, leurs lésions peuvent différer de nature. Ces vérités, qui nous paraissent si simples, ne sont venues luire que bien tard sur la pathologie de cet organe : c'est seulement de nos jours que l'anatomie pathologique et les progrès de l'observation clinique les ont mises au dessus de toute discussion. Un seul auteur ancien a fait une mention explicite de la réalité et bien plus de la fréquence de cette maladie (1). Nous lisons dans Senac ces passages si remarquables : « Le cœur peut s'enflammer, » et la partie interne de cet organe est surtout » susceptible d'inflammation. Cette irritation est » d'autant plus à craindre, que la membrane » qui tapisse les ventricules est fort mince et beau- » coup plus facile à déchirer. » Plus bas, il ajoute : « Les parties internes du cœur ne doivent pas » être exemptes des suppurations et des ulcères.

---

(1) J'emprunte une partie de ces réflexions à la thèse de M. Gagnebé, sur l'endocardite, dans laquelle se trouve consigné un extrait de mes observations. (Strasbourg, nov. 1836.)

» A ne consulter même que sa structure, il sem-
» ble, comme nous l'avons dit, que c'est dans
» les ventricules que ces ravages doivent arri-
» ver. » Il cite ensuite des observations d'abcès et d'ulcères dans le cœur, empruntées à d'anciens auteurs, et il considère ces lésions comme « les
» conséquences d'une inflammation qui est peu
» sensible. »

Ne croirait-on pas une partie de ces différens passages extraits des travaux les plus modernes sur l'endocardite? Mais leur portée a échappé à Senac lui-même et aux médecins qui lui ont succédé. Avant Senac comme après lui, l'anatomie pathologique, tout en signalant des lésions qui se rapportaient à l'endocardite, n'en avait rigoureusement assigné ni la nature, ni les causes, ni même les caractères physiques. Morgagni, Portal, Lieutaud, contiennent quelques relations d'autopsie; Baillie indique, en quelques lignes, certaines lésions de l'endocarde; Corvisart est muet sur elles; Burns et Kreysig exposent, avec plus de précision, plusieurs altérations organiques; mais ils se bornent à des descriptions et à des interprétations théoriques qui sont restées stériles; Laennec consacre un article spécial à l'inflammation de la tunique interne du cœur; il passe en revue les différentes lésions anatomiques dans lesquelles on a cru trouver la preuve de

cette inflammation; il leur refuse le caractère inflammatoire, et il regarde, comme extrêmement rare, la maladie dont l'existence était appuyée sur ces lésions. M. Broussais, dans une de ses propositions, établit l'existence de la cardite intérieure, sa fréquence, ses limites et son siége de prédilection (1). L'observation a confirmé, avec une précision remarquable, la vérité de ses assertions; mais elles sont renfermées dans un énoncé général et sommaire qui n'a reçu aucun développement (2). Jusqu'à ces dernières annnées, l'his-

---

(1) Voici cette proposition : « Le cœur s'enflamme par » sa membrane interne : c'est la cardite la plus ordinaire. » Cette cardite affecte de préférence les orifices artériels, » où elle devient souvent chronique, et où elle produit » l'obstacle au cours du sang, l'épaississement, les végé- » tations, l'ossification, les ulcères et, par suite, l'hyper- » trophie du cœur et l'anévrisme. L'irritation ou l'inflam- » mation, qui a débuté par l'appareil locomoteur, produit » souvent cette cardite, en se fixant sur l'intérieur du » cœur. » (Prop. CLXXIII.)

C'est cette opinion, professée par M. Bouillaud, dans l'ouvrage qu'il publia avec feu Bertin, que Laennec a combattue dans son *Traité de l'Auscultation*, en reprochant au premier d'avoir adopté les idées de M. Broussais. (*Note de M. Broussais.*)

(2) Cet énoncé a reçu des développemens dans le commentaire de la même proposition, publié en 1829, et l'on y trouve ces mots : « Nous avons fait plusieurs fois la re-

toire de l'endocardite reste dans les ténèbres; elle se compose de quelques idées plus ou moins lumineuses, de quelques faits d'anatomie pathologique; mais elle ne présente aucune donnée positive sur l'étiologie, la symptomatologie, le traitement. C'est réellement à M. Bouillaud que la pathologie doit la conquête de l'endocardite; il lui a donné l'évidence d'un fait; et cette maladie, qui avait si longtemps échappé aux observateurs, présente maintenant des résultats positifs dans plusieurs parties de son histoire. L'influence de

---

» marque que, lorsque l'inflammation régnait dans la » surface interne des ventricules et prédominait vers les » valvules artérielles, les orifices ventriculaires corres- » pondans devaient se resserrer dans la systole, d'où né- » cessairement un défaut de proportion entre les pulsa- » tions du cœur et celles des artères, qui sont faibles, du » moins relativement à celles du cœur, lorsque le ventri- » cule gauche est le siége de cette phlegmasie.

» Nous avons pensé que cet effort répété du cœur, » pour vaincre un obstacle toujours renaissant, devait, » en appelant sans cesse et retenant trop le sang dans le » tissu de ce viscère, l'hypertrophier d'abord, ensuite le » ramollir, le dilater, lui faire perdre en grande partie sa » contractilité, et amener enfin la mort par l'impossibilité » du maintien de la circulation. »

Ce qui manque dans le commentaire, c'est l'énumération des signes physiques de ces lésions; la gloire en revient à M. Bouillaud. (*Note de M. Broussais.*)

certaines causes est devenue manifeste; il est peu de points mieux établis en médecine que la coïncidence du rhumatisme articulaire et de l'endocardite. La symptomatologie a été créée, des signes positifs démontrent avec précision des lésions autrefois méconnues ou simplement soupçonnées. Des cas de guérison bien avérés ne permettent plus de douter de la curabilité de l'endocardite, attaquée à son début, et détruisent peu à peu cette désolante opinion, que tant de recherches sur les maladies du cœur n'auraient abouti qu'à constater avec plus de précision les progrès de leur marche inévitablement funeste. L'attention générale s'est portée sur l'inflammation de la membrane interne du cœur, et de nombreuses observations sont venues confirmer les résultats obtenus par M. Bouillaud. Parmi les travaux les plus intéressans, on doit citer le mémoire de M. Cazenave, chirurgien militaire. Malgré toutes ces recherches, l'histoire de l'endocardite n'est pas encore complète; ce n'est pas en quelques années que la science peut être irrévocablement fixée sur un point si longtemps inconnu. Les limites de la maladie elle-même ne sont-elles pas en question ? Où commence son état aigu, où se termine son état chronique ? Que de problèmes dans l'étude des causes et des symptômes! Quelles bornes étroites à la puissance du

traitement ! L'histoire de l'endocardite comprend deux parties bien différentes et bien inégales; l'une connue, positive, basée sur un nombre de faits qui lui donnent les caractères de la certitude médicale; l'autre obscure, hypothétique, offrant un champ encore vierge aux recherches des observateurs; seules, elles peuvent combler les lacunes que nous rencontrerons à chaque pas.

La dénomination d'endocardite indique le siége et la nature de cette maladie. Son diagnostic n'est pas encore assez avancé pour qu'on puisse comprendre, dans une définition, l'expression générale de ses symptômes. Ses divisions en primitive et secondaire, en générale et en partielle, en continue et intermittente, en simple et compliquée, en aiguë et en chronique, indiquent les différens points de vue sous lesquels on peut envisager cette maladie, et fournissent des indications importantes pour le traitement. Si elles étaient établies sur des bases certaines, justifiées par des caractères constans, on pourrait considérer comme résolues les difficultés que présente encore l'histoire de l'endocardite.

Causes.

La connaissance exacte des causes de l'endocardite ne peut résulter que de l'examen d'un grand nombre d'observations indiquant avec

exactitude sous quelles influences cette maladie s'est développée. Les faits recuillis jusqu'à ce jour sont trop peu nombreux ou trop incomplets pour qu'un pareil dépouillement conduise à des résultats précis. Quelques points de l'étiologie sont seuls fixés ; sur les autres, les données sont nulles, ou seulement approximatives.

Dans la plupart des observations (quatre des miennes sur six), l'âge des sujets est compris entre dix-huit et trente ans ; mais l'endocardite atteint aussi les vieillards dans une proportion assez forte ; et on l'a remarquée chez des enfans en bas-âge, de dix ans, de sept ans et même de dix-sept mois. La prédisposition, résultant de l'âge viril, est donc soumise à de nombreuses exceptions.

Les hommes ont offert plus de cas d'endocardite que les femmes, mais la différence est assez peu sensible.

Une constitution robuste, un tempérament sanguin, prédisposent à l'inflammation de la tunique interne du cœur. Dans les cas où les malades ont présenté des conditions opposées (obs. 1, 4, 6), le délabrement de leur constitution était toujours dû à un état morbide, presque capable lui-même de produire l'endocardite.

L'endocardite, comme les autres affections du cœur, est soumise à l'influence de l'hérédité ; de-

puis longtemps ce mode de transmission a été reconnu à des lésions organiques dont elle est ou l'effet ou la cause.

La structure de l'endocarde jette quelque jour sur l'étiologie de son inflammation. Cette membrane, possédant tous les caractères des séreuses, doit être impressionnée par les causes qui agissent principalement sur les tissus de cet ordre. Fine et délicate, elle présente une surface étendue, tapisse les quatre cavités du cœur, se réfléchit sur les valvules et les colonnes charnues, et adhère aux tissus musculaires ou fibreux sous-jacents par une trame cellulaire qui joue un grand rôle dans sa pathologie. Plus mince dans les cavités droites que dans les gauches, dans les ventricules que dans les oreillettes, elle a son maximum d'épaisseur aux orifices auriculo-ventriculaires et artériels; près de la zone tendineuse ou fibrineuse qui les borde, elle est presqu'en contact avec le péricarde : cette proximité explique la coïncidence de l'inflammation des deux membranes.

L'activité soutenue du cœur est une des causes qui prédisposent le plus puissamment aux maladies de cet organe. Corvisart attribuait la plus haute importance à ce qu'il appelait improprement la perpétuité de son action. Cette activité fonctionnelle, qui s'exagère sous les influences

les plus légères, favorise de deux manières différentes le développement de l'endocardite : ou bien elle détermine dans le cœur des congestions sanguines répétées, qui finissent par ne plus se dissiper complètement (1), ou bien elle exerce sur l'endocarde une influence purement mécanique, qui s'explique par les dispositions anatomiques de cette membrane. La séreuse interne se moule sur les colonnes charnues et les suit dans leurs continuels mouvemens ; dans de violentes contractions du cœur, ces tiraillemens ont suffi pour rompre les tendons et déchirer la séreuse : n'est-il pas rationnel de penser qu'ils peuvent déterminer à la longue une irritation capable d'enflammer l'endocarde ? Cette opinion est encore corroborée par ce fait remarquable que l'inflammation a pour siége de prédilection les parties les plus mobiles du cœur, les valvules, continuellement frappées par les colonnes sanguines, et tiraillées par leurs

---

(1) La proposition 184 de l'*Examen* contient ces mots : « L'irritation des différens tissus, qui est assez intense » pour parvenir au cœur, peut produire l'inflammation » de ses deux membranes. »

C'est dire que les inflammations du cœur peuvent être produites par l'état fébrile ; et, en effet, cette proposition est développée dans les commentaires. On en tire la conséquence qu'aucune fièvre ne doit être abandonnée à elle-même. (*Note de M. Broussais.*)

appareils musculaires. Je n'ai trouvé ce mode d'action indiqué que par Senac : « Les faisceaux » musculaires qui tapissent le ventricule droit » tirent avec force, quand ils se contractent l'un » vers l'autre, la paroi d'où ils sortent et celle où » ils s'insèrent; ils peuvent donc, en divers cas, » irriter les tissus de ces parois, d'autant plus » que la membrane qui les tapisse est fort mince. »

L'endocardite a atteint fréquemment des individus dont le cœur était antérieurement affecté de lésions plus ou moins graves. Dans les six observations précédentes, trois cas offraient la coïncidence d'une hypertrophie partielle de cet organe. Les rétrécissemens que cette maladie laisse après elle favorisent les récidives (obs. 1 et 6). Toute disposition anormale, gênant plus ou moins les fonctions du cœur, est donc une cause prédisposante à l'inflammation de sa membrane interne. Il en est de même de tout obstacle mécanique à la circulation, exigeant un surcroît d'énergie dans les contractions de cet organe.

Les causes efficientes de l'endocardite se divisent en deux classes bien distinctes : tantôt cette maladie est le résultat primitif d'agens qui frappent directement ou indirectement le cœur, tantôt elle est le résultat secondaire d'une autre maladie. Ces deux ordres de causes se montrent avec une fréquence très inégale. Dans le plus grand nom-

bre des observations de M. Bouillaud, l'endocardite a succédé à une autre maladie; au premier abord, il semble qu'il en est de même dans les six cas que j'ai recueillis. Nous verrons cependant, en discutant les détails des causes, qu'il est facile de s'en laisser imposer par les apparences, et que l'endocardite primitive n'est pas un fait aussi exceptionnel que quelques médecins l'ont pensé : l'obscurité du diagnostic et l'importance des complications ont fait considérer comme secondaires des cas où la maladie avait un caractère différent.

Les diverses qualités de l'atmosphère n'agissent qu'indirectement sur le cœur, mais elles sont loin d'être sans influence sur cet organe, ainsi que Corvisart le pensait, et que d'autres pathologistes l'ont répété d'après lui. La température froide et humide, et surtout les vicissitudes du chaud au froid, jouent un grand rôle dans la pathogénie de l'endocardite. Le plus souvent, quand elle est primitive, elle s'est développée sous l'influence de cette cause. Un refroidissement est mentionné dans un grand nombre des observations de M. Bouillaud; il en est de même dans les faits que j'ai cités : quatre de mes malades étaient soldats et, par conséquent, fréquemment exposés aux vicissitudes atmosphériques; le cinquième exerçait une profession qui

l'assujettissait aux mêmes influences. L'endocarde étant une membrane séreuse, on devait prévoir l'action de ces causes; tout porte à croire qu'elle la subit aussi complètement que la plèvre et le péricarde.

Les alimens et les boissons agissent sur le cœur par l'excitation sympathique qu'ils lui impriment, et par les modifications qu'ils font éprouver au sang. Par suite d'une nourriture habituellement copieuse et substantielle, un sang plus riche, plus fibrineux, plus phlegmasique, vient frapper la membrane interne du cœur, en même temps qu'il pénètre et congestionne son tissu. Toute circonstance, amenant une pléthore artificielle, produira des effets analogues. La formation des concrétions fibrineuses est puissamment favorisée par les causes qui diminuent la portion séreuse du sang, et le disposent à se coaguler. La part que prennent les boissons alcooliques au développement de l'endocardite est mise hors de doute par une observation bien concluante. On rencontre fréquemment les indurations des valvules, les rétrécissemens des orifices, les ossifications de la séreuse chez les individus qui abusent des spiritueux, et ces lésions dépendent, pour la plupart, d'inflammations chroniques de l'endocarde. Des phlébites et des artérites ont été déterminées par l'introduction de molécules étrangères

dans le torrent circulatoire; les mêmes agens peuvent aussi bien irriter la membrane interne du cœur. On a récemment mentionné l'action particulière qu'exercent sur elle les préparations arsénicales; dans les empoisonnemens par cette substance, on a trouvé la séreuse interne du cœur violacée et ramollie. (Andral, *Cours de pathologie.*)

Les exercices violens et pénibles, les efforts habituels et prolongés sont une des causes les plus généralement admises des maladies du cœur. Si leur influence sur l'inflammation de l'endocarde n'est point constatée par des faits directs, elle est appuyée sur de fortes inductions. On a fréquemment rencontré, chez les individus habituellement soumis à cet ordre de causes, les lésions chroniques que l'endocardite laisse après elle. L'accélération des mouvemens du cœur, la répétition fréquente des congestions de cet organe, résultat nécessaire de l'exercice habituel des forces musculaires, doivent être comptées, sans aucun doute, parmi les conditions les plus favorables au développement de cette maladie.

Il est peu d'influences aussi puissantes sur le cœur que celle des affections morales. Si jusqu'ici les faits manquent pour établir leur rôle dans l'endocardite, cette absence de preuves directes tient sans doute au petit nombre des obser-

vations. La fréquence des hypertrophies et des rétrécissemens, chez les individus qui ont éprouvé des passions vives et des chagrins prolongés, indique les résultats que l'on peut attendre d'une observation plus générale et plus éclairée.

L'action des causes traumatiques a été signalée dans quelques cas très rares. On a trouvé des traces de phlogose de l'endocarde à la suite de plaies du cœur et de contusions du thorax. M. Desclaux a produit des endocardites et des péricardites chez des lapins, en leur traversant le cœur avec des aiguilles (citation de M. Bouillaud).

Nous passons maintenant au second ordre de causes, aux maladies qui donnent naissance à l'endocardite; ces maladies sont nombreuses; elles seront classées d'après le degré d'influence que leur assigne l'observation.

Le rhumatisme articulaire est, de toutes les maladies, celle qui coïncide le plus fréquemment avec l'endocardite. Sur cinquante-cinq observations, M. Bouillaud a noté quatorze fois cette coïncidence; M. Cazenave, trois fois sur sept; elle s'est présentée cinq fois dans les six observations que j'ai recueillies. Trois fois j'ai rencontré les deux maladies en même temps; deux fois j'ai observé des lésions valvulaires chroniques dont le développement se rattachait avec précision à

un rhumatisme ancien. Dans deux de ces cas (nos 1 et 5), la réapparition de l'arthrite a déterminé une nouvelle explosion de l'inflammation du cœur. Un quart au moins des cas d'endocardite connus se trouve donc lié à des rhumatismes articulaires. C'est une proportion un peu moins forte que pour la péricardite. Les mêmes résultats ayant été obtenus par plusieurs observateurs sur un grand nombre de faits, ils sont revêtus de tous les caractères de la certitude médicale. On peut même invoquer à leur appui l'expérience des anciens. Les relations qui existent entre le rhumatisme, la goutte et les maladies du cœur étaient connues des praticiens, bien avant les découvertes qu'a fait naître l'exploration plus attentive de cet organe. Senac, Lieutaut, Portal, Corvisart ont reconnu les liens qui unissent ces affections; plus tard, leur coïncidence a été mentionnée par MM. Hopp et Andral. M. Bouillaud, le premier, a établi avec rigueur l'existence de ce fait et a essayé d'en formuler la loi. Il ne suffit pas, en effet, d'avoir démontré la coïncidence de ces deux maladies, il faut encore déterminer leurs véritables rapports; l'enchaînement des symptômes peut seul nous les révéler. Si l'on examine avec soin les différentes observations d'endocardite accompagnée de rhumatismes, on les verra toutes se distribuer en deux groupes :

dans le premier, les deux maladies se développent en même temps sans qu'on puisse attribuer la priorité à l'une ou à l'autre; elles marchent ensemble sans se troubler réciproquement; dans le second, l'endocardite paraît pendant le cours du rhumatisme, s'ajoute à cette affection, en augmente la gravité, ou, dans quelques circonstances exceptionnelles, la diminue et la suspend. On n'a point rencontré de cas bien évidens dans lesquels l'endocardite ait précédé le développement de l'arthrite. Dans le premier de ces groupes, les deux maladies naissent à la fois sous l'influence de la même cause; dans le second, l'endocardite est le résultat du rhumatisme. M. Bouillaud pense que la première de ces pathogénies est la plus fréquente. L'inflammation des tissus séreux du cœur n'est autre chose à ses yeux qu'un des élémens de la maladie dite rhumatismale articulaire. Il explique ainsi, et leur coïncidence, et la simultanéité de leur développement. On ne peut nier, en effet, que ces deux affections ne se soient souvent développées en même temps sous l'influence des mêmes causes; l'action du froid, par exemple, est bien apte à enflammer à la fois les séreuses articulaires et cardiaques. Il est probable qu'il en a été ainsi lors des premières atteintes qu'ont éprouvées les malades de mes observations première et cinquième; peut-être même

les cas analogues paraissent-ils plus rares qu'ils ne le sont en réalité, à cause de l'obscurité du diagnostic au début de l'endocardite, et de l'époque tardive à laquelle beaucoup de malades sont observés pour la première fois. Mais, dans le plus grand nombre des cas de M. Bouillaud lui-même, et de M. Cazenave, le développement des deux affections a été successif, et bien évidemment l'endocardite était sous la dépendance du rhumatisme articulaire. Trois de mes malades affirmaient n'avoir éprouvé des palpitations qu'à la suite des douleurs rhumatismales. L'observation n° 2 a offert un exemple remarquable de la subordination de la maladie du cœur : deux articulations ont été prises d'abord, puis cinq au bout de quelques jours, et seulement alors l'endocardite se montra. De quelle manière peut-on expliquer le développement de cette maladie par suite du rhumatisme articulaire ? La raison se refuse à admettre le déplacement et le transfert d'un principe matériel sur le cœur ; on ne peut voir, dans les résultats de cette influence morbifique, que la répétition de l'irritation inflammatoire qui, par analogie de tissu, se propage avec facilité des séreuses articulaires à la séreuse intra-cardiaque. C'est un fait dont les preuves surabondent en pathologie, que l'inflammation d'un tissu tend à se répandre dans les tissus analogues par suite

des causes les plus légères, et souvent même sans cause appréciable. Nous retrouvons ici la plus parfaite analogie d'organisation dans le siége des deux maladies, des tissus séreux et fibreux des deux parts, et de plus, cette circonstance pathologique remarquable, que la phlogose occupe particulièrement les points de l'endocarde où les tissus séreux et fibreux sont réunis, et, pour ainsi dire, confondus (valvules, pourtour des orifices).

L'identité de texture et la proximité des membranes qui revêtent la surface externe du cœur et l'intérieur de ses cavités expliquent avec quelle facilité l'inflammation se transmet de l'une à l'autre. Il est à remarquer que l'endocardite est surtout fréquente dans le point où les deux séreuses sont en contact presque immédiat. Dans la majorité des cas, M. Bouillaud a rencontré la coïncidence de ces deux affections; elle existait dans ma première observation. Il est à croire que l'inflammation des deux séreuses est souvent produite en un seul temps par l'impression de la même cause. Dans les cardites, qui se terminent par suppuration, rarement l'endocarde est intact, c'est presque toujours à lui qu'aboutissent les ulcérations qui pénètrent dans le tissu musculaire. Les aortites se propagent quelquefois au cœur par continuité de tissus.

Les maladies des organes de la respiration

jouent un rôle presque aussi important que le rhumatisme dans l'étiologie de l'endocardite. Elles présentent les conditions morbides les plus propres à agir sur le cœur; voisinage du tissu enflammé et obstacle à la circulation, augmentant la congestion du cœur, et obligeant cet organe à un surcroît d'activité. Quinze observations de M. Bouillaud, sur quarante-cinq qui se sont terminées par la mort, reconnaissent l'influence de cet ordre de causes. Il en est de même de trois faits de M. Cazenave, et de l'un de ceux que j'ai recueillis. La pneumonie est une des affections de poitrine dont l'action a été la plus générale et la plus funeste (obs. n° 6). Les bronchites prolongées, la phthisie pulmonaire, figurent dans le commémoratif d'un assez grand nombre de malades.

La fièvre typhoïde doit être placée à la suite des maladies de poitrine parmi les causes de l'endocardite. M. Bouillaud l'a observée sept fois sur quarante-cinq; M. Cazenave, une fois sur cinq. Plusieurs épizooties en ont offert des exemples; son mode d'action est complexe, et n'est point constamment identique. Le rôle que joue la pneumonie, si fréquemment liée à la fièvre typhoïde, n'a pas encore été apprécié; tout porte à croire qu'il faut lui rapporter un grand nombre des cas d'endocardites attribuées à tort à l'affection principale. Lorsque l'inflammation du parenchyme

pulmonaire ne se rencontre pas, l'intensité de la fièvre, l'altération du sang, la résorption purulente, la propagation d'une phlébite ou d'une artérite peuvent donner naissance à la phlogose du cœur. La présence du pus dans les veines a été notée dans quelques observations de MM. Bouillaud et Cazenave. Mélangé au sang, ce pus traverse le cœur et va porter une action irritante sur sa membrane interne. Tout en admettant la réalité de ce mode d'action, il ne faut point en exagérer l'importance. Quand une fois la résorption purulente a eu lieu, la mort arrive presque toujours avant que le contact passager d'une matière qui ne séjourne point sur la séreuse ait pu en déterminer la phlogose.

Des considérations qui précèdent, on peut conclure que toute maladie franchement inflammatoire, entretenant un mouvement fébrile intense et prolongé, est apte à déterminer une endocardite. Bien avant les dernières recherches sur cette matière, on avait signalé la phlogose de la membrane interne du cœur et des gros vaisseaux, à la suite des affections qui ont pour caractère une réaction violente de l'appareil circulatoire. Ces altérations ont été assez fréquemment notées chez les individus qui succombent à la variole, à la rougeole et à la scarlatine. Il est probable qu'une endocardite méconnue est une des causes de cette

accélération du pouls qui se perpétue dans certaines varioles, et qui souvent ne peut être rapportée à aucune lésion viscérale. L'action des exanthèmes sur la séreuse intra-cardiaque est mentionnée par la plupart des auteurs; mais on ne possède qu'un très petit nombre d'observations complètes et détaillées.

Corvisart a considéré comme syphilitiques les végétations qui se développent sur les valvules du cœur. Des observations ultérieures ont démontré que son opinion n'avait pour base qu'une simple analogie d'aspect et de texture.

Symptômes.

Les six observations que j'ai recueillies présentent, d'une manière assez complète, l'ensemble des symptômes de l'endocardite. Nous y trouvons la forme aiguë, avec des modifications que la nature des causes lui imprime, la forme chronique, avec les phénomènes qui révèlent des lésions organiques irrémédiables. Quelles que soient les différences que l'on rencontre dans l'histoire de ces six malades, en les analysant avec exactitude, on arrive à un petit nombre de caractères communs, et si l'on se livre au même travail sur les observations bien plus nombreuses rapportées par les auteurs, les mêmes résultats se reproduisent encore. Les faits conduisent aux mêmes caractères

généraux, peu nombreux à la vérité, mais suffisans pour établir l'existence de l'endocardite. Cette maladie n'est point démontrée par les signes pathognomoniques de l'inflammation en général. Son siége ne permet point de reconnaître la rougeur et la tuméfaction. Les sensations de douleur et de chaleur manquent le plus souvent, ou peuvent être rapportées à d'autres tissus. C'est dans le trouble fonctionnel du cœur que nous devons chercher les symptômes de l'endocardite, et dans les désordres secondaires que fait naître la lésion de l'organe central de la circulation.

L'invasion de l'endocardite est subite ou annoncée par quelques phénomènes précurseurs : en général, ils ont été peu étudiés, et ils sont à peine mentionnés dans la plupart des observations. Ils sont confondus dans les symptômes de la péricardite, de la pneumonie, du rhumatisme, quand ces maladies précèdent l'endocardite. Dans les cas où celle-ci est primitive, elle débute, comme la plupart des autres inflammations, par un frisson plus ou moins intense, auquel succède une chaleur générale, accompagnée d'un sentiment d'oppression. Un autre phénomène, aussi fréquent et plus caractéristique, est une accélération de la circulation hors de proportion avec l'état morbide des différens organes : telle est mon observation n° 2, où la fièvre prit subitement une intensité

extraordinaire qui n'était point justifiée par une recrudescence de l'arthrite. La durée des prodromes varie. L'endocardite se développe plus promptement pendant une péricardite ou un rhumatisme qu'à la suite d'une affection de poitrine. Chez cinq de mes malades, elle apparut lors de la première attaque de rhumatisme, et peu de temps après l'explosion des symptômes articulaires. Dans le sixième cas, elle s'est déclarée le treizième jour d'une pneumonie violente. Si l'endocardite revêt la forme chronique dès son début, elle est annoncée par quelques palpitations, une dyspnée intermittente, de légers désordres dans la circulation générale et pulmonaire qui attirent à peine l'attention du malade.

Une sensation de douleur à la région du cœur ne s'est présentée que dans ma quatrième observation. Le plus souvent, en effet, ce symptôme manque, ou est complètement masqué par la gêne de la respiration et par l'acuité des douleurs rhumatismales. Quand ce symptôme existe, il constitue plutôt un sentiment de gêne et de compression qu'une véritable douleur. La sensation est sourde, profonde, confuse, sans élancemens : la percussion du thorax est sans influence sur elle; elle ne revêt un caractère d'acuité et de violence que dans les cas où l'endocardite est compliquée d'inflammation du péricarde ; bien

rarement, elle révèle au malade l'affection dont il est atteint.

L'énergie des battemens du cœur est un des symptômes les plus constans : il apparaît au début de la maladie, et presque toujours il fait naître les premiers soupçons d'une lésion de l'endocarde. Les battemens du cœur sont forts, superficiels, sensibles à la vue, rapides, précipités, souvent inégaux et intermittens. Cette dernière modification est plus fréquente à l'état chronique, elle porte particulièrement sur les contractions des ventricules (cœurs bisferiens, obs. 3 et 5). L'inégalité et l'intermittence indiquent, en général, une lésion des valvules et des orifices. Dans quelques observations peu nombreuses, les contractions du cœur ont présenté des caractères différens ; elles ont été faibles, obscures, ou bien leur augmentation de force n'a été que fugitive et passagère. L'ancienneté de la maladie, son siége, l'état général du sujet, la nature des complications, expliquent facilement cette apparente anomalie.

En même temps que les pulsations du cœur sont modifiées dans leur énergie, dans leur fréquence et dans leur rhythme, les bruits qui les accompagnent s'altèrent et fournissent des signes véritablement caractéristiques. Ces bruits sont d'abord plus sonores et plus éclatans; ils peuvent

même ne point présenter d'autre modification pendant tout le cours de la maladie : il en a été ainsi dans mes observations 2 et 4. Mais presque toujours les bruits normaux du cœur cessent complètement; ils sont remplacés par un bruit de soufflet simple ou double, qui remplit les deux temps des pulsations du cœur, ou qui n'occupe que l'un d'eux. Il est surtout fréquent pendant la systole ventriculaire. Ce bruit de soufflet est généralement regardé comme le symptôme pathognomonique de la maladie : il ne manque que dans le petit nombre de cas où l'endocarde valvulaire est intact ou peu enflammé. Il peut être perçu dans la totalité du thorax, ou seulement dans un point très circonscrit : aussi ne doit-on pas se borner à ausculter la région du cœur. Pour peu qu'il soit intense, il n'échappe point au malade lui-même, lorsque l'on fixe son attentien sur ce phénomène. Dans la cinquième observation, le souffle était parfaitement entendu pendant le décubitus sur le dos. Le bruit de soufflet présente des caractères variables; il est fort, éclatant, sec, rude, râpeux, tubaire, suivant le mode de la lésion de l'endocarde. Dans l'observation n° 1, il constituait un véritable bruit de râpe; dans les obs. n°s 3 et 5, il avait aussi une grande rudesse; dans l'obs. n° 6, on ne percevait qu'un simple bruit de soufflet. C'est à des modifications de ce

bruit qu'il faut rapporter les bruits de piaulement, de bruissement, de frémissement, signalés par divers auteurs dans quelques cas d'endocardite. En général, la violence du bruit de soufflet augmente avec celle des battemens du cœur; quand ceux-ci ont une grande énergie, on entend parfois un tintement métallique superficiel, pendant le premier temps. Il importe de noter si ces diverses modifications des bruits du cœur sont permanentes, ou si, au contraire, elles n'apparaissent que par intervalles. Dans quelques circonstances, les bruits ne présentent aucun des caractères que nous venons d'indiquer; ils sont obscurs, lointains, comme étouffés, presque nuls; ce symptôme peut succéder à un bruit de soufflet énergique; nous en avons vu un exemple dans l'observation 6.

Le frémissement vibratoire accompagne avec constance le bruit de soufflet, quand celui-ci est fort, râpeux et permanent (obs. 1, 3 et 5). C'est un symptôme d'une grande valeur, et qui annonce une lésion organique profonde ou une inflammation valvulaire violente et étendue. L'intensité de ce frémissement varie, il est borné à la région du cœur, ou se prolonge, ce qui est le cas le plus fréquent, vers le haut du thorax.

La matité de la région du cœur est plus prononcée et plus étendue qu'à l'état normal; jamais

elle n'est aussi complète que dans les péricardites avec épanchement, et dans les grandes hypertrophies. Ce défaut de résonnance existait dans mes six observations. Dans le cas où la maladie est récente, il est dû à la violente congestion sanguine dont le cœur est le siége (obs. 2 et 4), et quelquefois à la formation d'épaisses concrétions fibrineuses (obs. 6). Lorsque l'endocardite a une plus longue durée, la matité reconnaît pour cause l'hypertrophie qu'amène presque inévitablement à sa suite le rétrécissement des orifices du cœur (obs. 1, 3 et 5).

La voussure de la région du cœur ne s'est présentée chez aucun de mes malades. Ce phénomène suppose toujours la coexistence d'une hypertrophie considérable ou d'une péricardite avec épanchement. M. Bouillaud semble penser qu'une forte turgescence inflammatoire, accompagnée de violentes palpitations, peut suffire pour altérer la convexité normale du thorax; mais il n'émet cette assertion que sous la forme du doute.

Nous venons d'examiner les désordres que l'endocardite apporte dans les fonctions du cœur; nous passons maintenant à un second ordre de symptômes, aux troubles secondaires que fait naître la lésion de l'organe central de la circulation.

Le pouls est dur, développé, fort et d'une

remarquable fréquence. Ce caractère est constant dans l'endocardite aiguë; il est peu de maladies dans lesquelles il soit aussi prononcé. Mais, en même temps que les pulsations de l'artère augmentent d'énergie, elles offrent des irrégularités fréquentes; il existe, entre elles et les mouvemens du cœur, un défaut d'harmonie qui constitue un des principaux signes de l'endocardite (obs. 1, 3 et 5). Souvent le cœur bat deux fois pour une seule pulsation artérielle; d'autres fois, ces pulsations sont faibles, comme étouffées pendant que les battemens centraux s'exécutent avec une grande vigueur : ce caractère se rencontre surtout à l'état chronique. Dans d'autres circonstances, le pouls est inégal et passe avec rapidité d'une forte concentration à un large développement. L'intermittence est un phénomène non moins important; on l'a observée, au début de la maladie, comme à son déclin, à l'état aigu comme à l'état chronique; elle peut dépendre du trouble de l'innervation du cœur aussi bien que de lésions organiques. Les caractères que le pouls présente suivant le siége de l'endocardite seront examinés ultérieurement.

Quoique augmentée dans la plupart des cas, la chaleur générale n'est point en rapport avec l'exagération du mouvement circulatoire; elle peut même rester normale, malgré la fréquence ex-

trême du pouls. C'est surtout à l'état chronique que cette opposition de symptômes se fait remarquer.

Chez tous les malades, les fonctions de l'appareil pulmonaire éprouvent un dérangement plus ou moins profond. Des symptômes thoraciques ont existé dans les six cas de ce mémoire. L'action du cœur étant augmentée par l'irritation qui occupe sa membrane interne, le sang afflue avec plus de force dans le parenchyme pulmonaire; dans d'autres circonstances, il y séjourne plus longtemps, par suite des obstacles que des lésions organiques présentent à son passage par le cœur. Ce double mécanisme explique comment la gêne des fonctions respiratoires est assez intimement liée à l'endocardite pour constituer un des symptômes secondaires les plus importans de cette maladie. La respiration est rapide et embarrassée; la dyspnée va depuis une simple oppression jusqu'aux plus vives angoisses; elle s'élève jusqu'à une véritable orthopnée, accompagnée de défaillances et de syncopes. Ces phénomènes sont permanens, avec exacerbation, quand la maladie est aiguë; ils se montrent par attaques, simulant celles de l'asthme, dans les cas où elle est chronique. Il survient des quintes de toux sèche, ou, plus rarement, suivies d'une expectoration séreuse ou glaireuse. L'auscultation fait recon-

naître par intervalles une diminution légère du bruit respiratoire. Une bronchite ou bien une pneumonie peuvent être le résultat de l'influence qu'exercent sur le poumon les fonctions lésées du cœur. Dans l'observation n° 1, l'endocardite a puissamment favorisé le développement de l'hépatisation et de l'engouement pulmonaire qui ont compliqué la fièvre typhoïde.

L'anorexie, la soif et les autres dérangemens des fonctions digestives, que l'on a signalés dans un grand nombre d'observations, sont, en général, passagers et de peu d'importance, à moins qu'ils ne dépendent d'une maladie essentielle; ils manquent complètement quand la période aiguë et la réaction fébrile ont cessé.

L'activité des sécrétions n'est point augmentée, malgré l'accroissement de vitesse de la circulation. La peau est plus souvent sèche qu'humide, excepté dans les cas où un rhumatisme coexiste; la constipation est habituelle, les urines sont rouges, rares et sédimenteuses; il survient des sueurs froides et partielles, quand la dyspnée est excessive. A une époque avancée de la maladie, les extrémités inférieures s'infiltrent, et l'hydropisie peut devenir générale. Nous verrons à quelle lésion tient cet état morbide, dont mes observations ne présentent point d'exemple.

L'endocardite n'exerce que dans un petit nom-

bre de circonstances une influence marquée sur l'encéphale. Quand le cœur est volumineux et actif, et que sa membrane interne est en même temps le siége d'une violente inflammation, le sang, poussé avec force vers le cerveau, peut déterminer des congestions et des épanchemens mortels. Ces cas sont rares; mais à un moindre degré, l'afflux du sang a pour conséquences une céphalalgie opiniâtre et des épistaxis répétées. Ces deux phénomènes ont existé dans les observations 2 et 5. Chez le dernier de ces malades, le saignement de nez s'est renouvelé à plusieurs reprises, et n'a point cessé de reparaître par intervalles, même après la terminaison de la période aiguë. Certains accidens dépendent encore de la congestion veineuse du cerveau, lorsque des concrétions fibrineuses, des indurations valvulaires, des rétrécissemens d'orifices s'opposent au dégorgement des veines-caves dans le cœur; le visage prend alors une teinte livide, les facultés intellectuelles s'embarrassent, les forces musculaires se dépriment (obs. n° 6); il survient des évanouissemens subits, avec sterteur de la respiration. C'est seulement dans ces circonstances, ou aux approches de l'agonie, que les fonctions cérébrales se pervertissent ou se suspendent. Mais, si le délire est rare, on observe fréquemment de l'abattement et de la tristesse. Quand

l'endocardite se prolonge, le moral du malade ne tarde pas à s'affecter. La gêne de la respiration et les angoisses nocturnes contribuent particulièrement à entretenir cette mélancolie profonde si habituelle dans les maladies du cœur. Le sommeil est agité; il est interrompu par des rêves et des cauchemars si pénibles, que les malades redoutent de s'endormir. Le réveil se fait brusquement, au milieu de palpitations violentes et d'inexprimables terreurs. Le décubitus n'a été noté que dans un petit nombre d'observations; dans celles que j'ai recueillies, il a toujours eu lieu sur le côté droit. Ce signe peut être considéré comme constant dans l'endocardite chronique; dès que le malade est couché sur le dos ou sur le côté gauche, la dyspnée se déclare, et le réveil est déterminé par les attaques asthmatiques.

Je vais maintenant examiner l'endocardite sous le rapport de sa marche, de ses terminaisons, de son siége, de ses complications et de sa durée.

La marche de l'endocardite n'est point assujettie à des périodes déterminées. Tantôt elle présente à son début la totalité de ses symptômes; tantôt, au contraire, ils n'apparaissent que successivement. Leur accroissement, leur état, leur déclin, ne s'enchaînent point dans un ordre invariable, comme dans un certain nombre de maladies aiguës. On observe presque toujours une

alternative d'exacerbations et de rémissions qui rompent la continuité des symptômes, en imposent pour une guérison réelle, ou font attribuer à la maladie une gravité qu'elle n'a pas. Cette irrégularité se rapproche de celle que l'on observe dans certaines névroses. C'est surtout à l'état chronique que l'on observe ce désordre dans la succession des phénomènes morbides. Le type continu est le seul, cependant, que l'on ait rigoureusement constaté dans l'endocardite. Peut-être cette maladie entrait-elle comme complication dans les fièvres carditiques, péricarditiques, syncopales, décrites par les historiens des fièvres pernicieuses. Morton et Lautter ont signalé un fait qui se rattache d'une manière remarquable à la coïncidence du rhumatisme et des affections du cœur : ils ont placé l'anxiété précordiale, les palpitations et les syncopes parmi les symptômes de la fièvre intermittente rhumatismale ou arthritique.

L'endocardite se termine par résolution, par suppuration, par gangrène, par induration et autres altérations consécutives.

La résolution ne s'obtient qu'au début de la maladie, lorsqu'elle ne consiste encore qu'en un simple état de congestion et d'irritation inflammatoire; elle est presque impossible, lorsque la phlegmasie est devenue chronique, et que des lésions or-

ganiques lui ont succédé. Ce mode de terminaison est annoncé par la diminution graduelle, puis par la cessation absolue de tous les symptômes. Le retour à la santé est loin de s'opérer brusquement : un état nerveux semble quelquefois succéder à l'état inflammatoire; les palpitations et la fréquence du pouls se prolongent longtemps pendant la convalescence. Les observations n°s 2 et 4 présentent des exemples de résolution et de persistance opiniâtre de l'irritabilité du cœur après la disparition de tous les signes propres de l'endocardite. Le pouvoir des crises est nul sur cette maladie; les épistaxis ne soulagent que momentanément; les sueurs abondantes qui l'accompagnent, lorsqu'elle est compliquée de rhumatisme, n'ont pas plus d'influence sur elle que sur l'affection des articulations. Dans les métastases, le retour de la maladie première suffit bien rarement pour faire cesser l'endocardite.

La terminaison par suppuration n'a point de signes caractéristiques. La matière purulente est entraînée par le torrent circulatoire, et rien ne prouve que sa présence dans le sang ait donné lieu à des phénomènes particuliers. Les ulcérations, les petits abcès qui se forment dans le tissu cellulaire sous-séreux, ont une séméiologie fort incertaine. Ils ne sont indiqués que par la persistance des phénomènes locaux et généraux. Quand

le pus se concrète et s'organise en fausses membranes, les signes que l'on observe se confondent avec ceux des indurations.

La terminaison par gangrène est encore problématique; elle se concilie difficilement avec la texture de l'endocarde et avec l'importance des fonctions du cœur. Les deux observations de M. Bouillaud, les seules que l'on possède, sont loin d'être concluantes. La petitesse du pouls, les lipothymies, le ralentissement et la gêne de la respiration sont les signes qui, d'après lui, annoncent ce genre de terminaison.

Si l'on s'en rapporte aux observations recueillies par la plupart des auteurs, les indurations et les autres lésions organiques de l'endocarde constituent la terminaison la plus fréquente de l'inflammation de cette membrane. Sur les six malades, je l'ai constatée trois fois (obs. n°s 1, 3 et 5). Peut-être cette issue fâcheuse paraît-elle plus fréquente qu'elle ne l'est en réalité, parce que l'on méconnaît une foule de cas où l'endocardite est légère. Peut-être deviendra-t-elle plus rare, lorsqu'un diagnostic plus exact permettra de combattre le mal, dès l'apparition des premiers symptômes. L'examen de ces diverses altérations consécutives rentre dans l'histoire de l'endocardite chronique.

L'endocardite chronique succède à l'état aigu

ou se développe primitivement. Dans le premier cas, les symptômes, après avoir atteint un haut degré de violence, persistent au delà du terme de leur durée habituelle, en perdant un peu de leur énergie; dans le second, la maladie s'établit avec lenteur; elle s'accompagne de troubles circulatoires et pulmonaires qui, presque toujours, sont rapportés, dans les premiers temps, à une simple anomalie nerveuse. Une fois déclarée, l'endocardite chronique présente deux degrés bien différens : tantôt elle est à peine incompatible avec l'état de santé, et elle persiste assez longtemps sans troubler notablement l'organisme. Tel était le malade de ma première observation qui, pendant quelques années, est resté au service militaire, n'éprouvant que peu de gêne d'une lésion profonde de l'endocarde. Les symptômes de ce premier degré sont ceux de l'endocardite aiguë, moins permanens et moins intenses : palpitations par intervalles; bruit de soufflet; pouls petit, fréquent, irrégulier; étouffemens pendant une marche rapide ou des exercices violens; attaques de dyspnée nocturne plus ou moins rapprochées. Dans certains momens, les malades jouissent du calme le plus parfait et ne présentent aucune lésion fonctionnelle. L'auscultation seule indique, par la permanence du souffle, que le cœur n'est pas sain. Cette irrégularité et cette intermittence

des symptômes sont un des signes caractéristiques de l'endocardite chronique au premier degré. A un degré plus avancé, la maladie est véritablement continue, et elle n'est plus interrompue que par de courtes et incomplètes rémissions. Les palpitations sont constantes ; le pouls irrégulier, très fréquent ; la dyspnée persiste sans relâche ; elle s'élève jusqu'à l'orthopnée ; le sommeil est impossible ; les membres s'œdématient, les forces diminuent et la mort arrive au milieu des plus cruelles souffrances. Jusqu'aux derniers instans, on peut reconnaître les signes physiques de la lésion de l'endocarde. Presque toujours la maladie se complique, dans cette période, d'autres altérations organiques du cœur.

L'endocardite présente des différences dans ses symptômes suivant le siége et la nature des lésions organiques qu'elle détermine. Cette partie importante de la séméiologie est le résultat de recherches toutes modernes. Malgré les travaux de Laennec et de M. Bouillaud, elle présente encore de nombreuses lacunes.

L'inflammation peut occuper le cœur droit ou le cœur gauche. Les symptômes généraux qui révèlent la différence de siége ne peuvent être déterminés d'une manière bien précise ; ils ne diffèrent point de ceux que l'on assigne aux autres affections du cœur. La circulation générale est plus dérangée,

la face plus animée, la céphalalgie plus intense, la dyspnée moins permanente quand l'endocarde artériel est lésé. La circulation pulmonaire offre des désordres plus graves, la respiration est plus gênée, la toux plus opiniâtre, les complications thorachiques sont plus fréquentes dans les cas où les cavités droites sont le siége de la phlogose. Si l'obstacle au cours du sang est placé dans le cœur gauche, l'appareil pulmonaire se congestionne particulièrement; s'il occupe le cœur droit, le sang stagne dans les veines-caves supérieures et inférieures, et dans les veines qui s'y dégorgent. C'est alors que l'on observe l'œdème des membres inférieurs, puis l'hydropisie générale. A ces symptômes généraux, il faut joindre les signes des lésions valvulaires si fréquemment unies à celles des cavités : ces signes serviront à établir, avec bien plus de précision, le côté du cœur où siége l'endocardite (1).

L'inflammation peut envahir la totalité de la

---

(1) L'observation suivante, recueillie depuis l'envoi de ce Mémoire, est un exemple remarquable du siége exclusif de la maladie dans l'une des cavités du cœur. Observ. n° 7. N***, sous-officier au 16e de ligne, âgé de vingt-trois ans, lymphatico-nerveux. — Pneumonie gauche, il y a six ans. Bronchite depuis trois mois; rhumatisme articulaire depuis huit jours; entré à l'hôpital militaire, le 11 avril 1837. — En

séreuse ou se borner à l'une de ses régions, aux oreillettes, aux ventricules, aux valvules, aux orifices. Quand elle occupe l'intérieur des cavités, son diagnostic rentre dans la description générale de l'endocardite et dans l'histoire de ses termi-

---

vingt-deux jours, diminution du rhumatisme, persistance de la bronchite, apparition de la diarrhée : une saignée, une application de sangsues, opiacés. — Le 3 mai, j'observe le malade pour la première fois. Douleurs assez vives dans les deux épaules, modérées aux poignets. Battemens du cœur réguliers ; impulsion forte, sans fréquence ; point de palpitations ; matité cardiaque étendue ; point de frémissement vibratoire ; bruit de soufflet au premier temps ; souffle tubaire sans âpreté ; bruit intense à la région du cœur, manifeste à gauche de cet organe, au dessus de lui jusqu'au haut du thorax, nul ou à peine sensible à gauche, au bas du sternum, à l'épigastre ; en ces points, le premier bruit est presque naturel ; le second bruit, normal partout où il est perçu ; rien dans les carotides ; pouls calme, fort et vibrant ; toux fréquente, crachats muqueux, douleur dans le côté gauche pendant la toux, râle muqueux et moins de respiration dans le même côté. Point de soif, selles liquides, sommeil agité, rêves fréquens ; décubitus sur le dos, à cause des douleurs rhumatismales, déterminant d'abord des réveils en sursaut ; céphalalgie nulle. Point de fièvre, face pâle, faiblesse, amaigrissement. Diagnostic de l'affection du cœur : endocardite gauche, occupant les valvules sigmoïdes de l'aorte ; épaississement. très léger, rétrécissement de l'orifice.

naisons. Aucun signe particulier ne révèle l'irritation, la congestion, le ramollissement, l'ulcération, l'épaississement de la membrane. C'est seulement lorsque les diverses lésions ont pour siége les valvules et le pourtour des orifices, qu'elles sont annoncées par des phénomènes caractéristiques, et que leur diagnostic atteint un haut degré de précision.

Si les valvules sont épaissies par hypertrophie ou par organisation de fausses membranes, sans perdre de leur mobilité, les bruits du cœur sont éclatans et comme parcheminés; le bruit de soufflet se fait entendre lorsque cet organe exécute de violentes contractions. Plus prononcée et accompagnée du rétrécissement des orifices, l'induration des valvules est annoncée par des symptômes caractéristiques, bruit de soufflet, de râpe ou de scie, frémissement vibratoire, palpitations, pouls irrégulier et vibrant, dyspnée, angoisses nocturnes. On parvient presque toujours à déterminer l'orifice rétréci et la valvule hypertrophiée. Dans l'observation n° 1, on avait annoncé une induration avec épaississement considérable des valvules sigmoïdes de l'aorte, et les mêmes altérations à un degré moins avancé dans les valvules de l'artère pulmonaire. L'autopsie a pleinement confirmé ce diagnostic. Ce sont encore les valvules de l'aorte qui étaient indurées chez le malade

nº 3. Dans le cinquième fait, la lésion occupait à la fois la valvule mitrale et les valvules artérielles. Le siége du bruit et le temps des contractions fournissent des inductions certaines. Le bruit anormal s'entend dans la partie de la région du cœur qui correspond à la lésion de l'endocarde; il coïncide avec le premier temps pour le rétrécissement des orifices artériels, avec le second pour les orifices auriculo-ventriculaires. On observe la même différence, quoique beaucoup moins marquée, dans le frémissement vibratoire; il importe surtout de déterminer s'il se prolonge vers le haut du thorax et sur le trajet des gros vaisseaux. Le rétrécissement de l'orifice aortique, avec induration de ses valvules, est la plus fréquente et la mieux connue des lésions de ce genre : il présente pour signes particuliers, indépendamment de ceux que nous venons d'énumérer, un dérangement plus prononcé de la circulation générale, des pulsations artérielles plus petites et plus irrégulières, le frémissement vibratoire du pouls d'après Corvisart, et un frémissement analogue, observé par M. Bouillaud, dans les artères voisines du cœur. Le défaut de concordance entre le pouls et les battemens du cœur est un signe non moins important. Le pouls est habituellement faible et peu développé, pendant que l'organe central de la circulation possède une grande force

d'impulsion. Cette opposition, qui a existé chez mon troisième malade, est quelquefois d'autant plus sensible, que le ventricule gauche est atteint d'hypertrophie, par suite des efforts nécessaires pour vaincre l'obstacle au cours du sang. Quand l'induration et le rétrécissement occupent les valvules et les orifices droits, aux signes tirés du siége et du temps du bruit, il faut ajouter le reflux du sang dans les veines, le pouls veineux des jugulaires, les phénomènes thorachiques plus marqués, la moindre irrégularité des battemens artériels, et, à un degré plus avancé, l'œdème des extrémités et l'hydropisie générale. A la clinique de M. le professeur Forget, j'ai vu les veines du cou dilatées et comme variqueuses, par suite du reflux du sang à chaque contraction du cœur; on entendait un bruit de soufflet très fort au second temps. Le rétrécissement des orifices n'est pas la seule lésion occasionée par le développement hypertrophique des valvules: leur induration peut être telle qu'elles cessent d'être mobiles et de s'appliquer assez promptement aux ouvertures du cœur. Plus rare que le rétrécissement, l'insuffisance peut exister seule ou s'ajouter à lui, ce qui complique singulièrement les difficultés du diagnostic. L'insuffisance est annoncée par un bruit de soufflet au deuxième temps pour les valvules artérielles, et au premier pour les valvules auriculo-ventriculaires. Les autres symp-

tômes sont ceux du rétrécissement, avec cette différence que le bruit de soufflet est moins dur, qu'il ressemble plutôt à un souffle tubaire qu'à un bruit de râpe ou de lime, que le pouls est moins irrégulier, faible et petit, sans être en même temps contracté et dur, que les palpitations sont moins tumultueuses, le frémissement cataire à peine sensible ou nul. De ces différens signes on peut déduire le siége de l'insuffisance, son étendue et ses complications. Un autre mode de lésion des valvules détermine les mêmes effets, et, par suite, le reflux du sang dans la cavité placée au dessus d'elle; c'est l'adhérence de ces soupapes membraneuses à la suite d'une forte inflammation. Cette adhérence a été principalement observée aux orifices auriculo-ventriculaires. L'induration faisant des progrès, les valvules se transforment en tissus fibro-cartilagineux, ou s'imprègnent de matière osseuse; les symptômes de ces altérations ne diffèrent point de ceux que nous venons d'exposer.

Les végétations n'ont aucun phénomène propre; elles n'agissent qu'en entravant le jeu des valvules, ou en diminuant le calibre des orifices du cœur. Peu volum neuses, elles ne déterminent aucun dérangement appréciable dans la circulation.

Les concrétions sanguines se forment dans le cœur aux divers degrés de l'endocardite, à l'état

aigu, à l'état chronique, aux approches de la mort, sous la double influence du travail inflammatoire et de l'obstacle que des lésions physiques opposent au cours du sang. Le diagnostic de ces concrétions n'est possible que dans les cas où elles sont assez volumineuses pour gêner la circulation, ou lorsqu'elles s'entrelacent aux tendons des valvules, de manière à enchaîner leurs mouvemens. Leurs symptômes sont moins caractéristiques en eux-mêmes que par le mode de leur invasion : battemens tumultueux avec obscurité des bruits du cœur, bruit de soufflet simple ou sibilant, matité assez prononcée, irrégularité du pouls, dyspnée excessive, perte de connaissance, phénomènes survenant tout à coup au milieu d'une endocardite, qui, jusque-là, exerçait peu d'influence sur la circulation et sur la respiration. Les concrétions ayant été principalement observées dans les cavités droites, tous ces signes augmentent de valeur lorsqu'on ne les perçoit que de ce côté (M. Bouillaud). Cet ensemble de symptômes est celui que nous retrouvons dans l'observation n° 6 (clinique de M. Forget). L'autopsie cadavérique a pleinement confirmé le diagnostic, dont l'exactitude s'était étendue jusqu'au siége de la concrétion fibrineuse.

L'endocardite se présente rarement dégagée de toute complication; presque toujours elle est ac-

compagnée de rhumatisme, de péricardite, de péripneumonie et d'autres affections. Je ne l'ai point observée à son état de simplicité. Cette fréquence des complications a été longtemps une cause d'erreurs : on rapportait à la maladie coexistante les signes qui appartenaient à l'inflammation de la séreuse intra-cardiaque.

La durée de l'endocardite n'est pas comprise dans des limites déterminées. A l'état aigu, elle varie de quinze à quarante jours; à l'état chronique, elle peut se prolonger pendant plusieurs mois et même plusieurs années. Que la maladie reste stationnaire, ou qu'elle marche en s'aggravant, sa durée est toujours fort longue et n'est point en rapport avec l'importance des fonctions du cœur, et avec les désordres que déterminent des lésions organiques irrémédiables.

L'endocardite est rarement mortelle par elle-même; presque toujours, ainsi que de nombreuses observations l'ont démontré, l'issue funeste est le résultat d'une complication. Il en a été ainsi dans mes observations n°s 1 et 6. A l'état chronique, la mort est le plus souvent déterminée par des lésions consécutives, qui sont liées d'une manière plus ou moins étroite à l'affection du cœur. Bien que l'on ait peu étudié la manière dont succombent les individus atteints d'endocardite, on peut établir d'une manière générale que la

mort par syncope, par cessation d'action du cœur, qui, d'après le siége de la maladie, semblerait devoir être la plus fréquente, est, au contraire, la plus rare ; que les congestions cérébrales et les apoplexies enlèvent un certain nombre de malades, mais que la terminaison la plus ordinaire est celle par asphyxie ou par suspension de la respiration. Que l'on observe les derniers momens des individus frappés d'endocardite, presque toujours on les verra succomber sous l'influence toujours croissante de la dyspnée, et conserver leurs facultés intellectuelles jusqu'aux derniers momens de leur pénible agonie.

Caractères anatomiques.

On connaissait un grand nombre des lésions organiques de l'endocarde bien avant que leurs causes et leurs symptômes fussent découverts. Morgagni et Senac ont décrit les indurations valvulaires, les ossifications et plusieurs formes d'ulcères et de ramollissemens ; mais ces notions étaient restées, jusqu'à nos jours, incomplètes et sans valeur : elles n'ont acquis une véritable importance que lorsque le diagnostic a été fondé. De ce moment seul datent les applications utiles de l'anatomie pathologique et ses plus précieuses conquêtes.

Les altérations organiques de l'endocarde sont nombreuses, malgré l'extrême tenuité de cette

membrane : elles occupent la séreuse elle-même, le tissu cellulaire sous-jacent, le tissu fibreux; elles présentent les mêmes variétés de nature et de formes que dans les tissus analogues, appartenant à d'autres organes. Nous y retrouvons les nuances connues de l'inflammation aiguë et de l'inflammation chronique, en rattachant à cette dernière certaines modifications qui sont moins directement sous son influence. On peut réduire à six groupes principaux (1) les caractères anatomiques de l'endocardite :

1°. Rougeur, hypertrophie, épaississement, ramollissement;

2°. Suppuration, ulcération, gangrène;

3°. Fausses membranes, adhérences fibro-celluleuses;

4°. Indurations fibro-cartilagineuses et osseuses;

5°. Végétations et granulations;

6°. Concrétions sanguines.

Ces altérations coexistent fréquemment. Les groupes 1, 4, 6 se sont rencontrés dans les deux observations (1 et 6) qui se sont terminées par la mort.

Je n'examinerai dans ces lésions que les particularités relatives à l'organe qu'elles occupent,

---

(1) Cette division a été admise dans la thèse déjà citée.

et je passerai sous silence toutes les considérations qui se rattachent à l'anatomie pathologique générale.

La rougeur de l'endocarde est le caractère de l'état aigu ; rarement elle se fait remarquer à l'état chronique. L'endocarde avait conservé sa coloration naturelle dans l'observation n° 1, malgré la gravité de l'affection des valvules. Plus fréquemment que dans toute autre séreuse, cette rougeur est le résultat d'une simple imbibition. Le lavage, la macération, la disposition de l'injection sanguine ne suffisent pas toujours pour déterminer si cette altération est morbide ou purement cadavérique. Anatomiquement parlant, l'inflammation n'est caractérisée que quand il existe en même temps de la tuméfaction, du ramollissement, de l'hypertrophie ou tout autre changement appréciable dans le volume et la consistance des tissus. Mais on aurait tort d'en conclure que la rougeur de l'endocarde, isolée de toute autre altération, est un signe complètement sans valeur. Lorsque, pendant la vie, des symptômes d'endocardite ont existé, et, qu'après la mort on trouve la séreuse injectée, on est en droit de considérer cette injection comme morbide, même en l'absence d'autres lésions de textures. Les signes de cette inflammation ont été de toute évidence chez le malade n° 6, et cepen-

dant l'autopsie n'a fait reconnaître qu'une simple rougeur de la séreuse.

Les ulcérations sont ordinairement superficielles et occupent une grande étendue de la membrane ; d'autres fois elles sont circonscrites et profondes ; elles détruisent la séreuse, pénètrent dans le tissu musculaire, perforent les valvules et les découpent irrégulièrement. Le pus peut s'accumuler dans le tissu cellulaire sous-séreux ; sous forme liquide, à la surface libre de l'endocarde, il est enlevé par le torrent circulatoire.

C'est presque toujours aux fausses membranes qu'est dû l'épaississement de l'endocarde dans l'intérieur des cavités. Ces exsudations occupent aussi les valvules, les rendent plus volumineuses, moins mobiles, insuffisantes en enchaînant leurs mouvemens par des adhérences. Elles sont une des causes des rétrécissemens. Lorsque l'inflammation est devenue chronique, les fausses membranes se changent en filamens celluleux, analogues aux adhérences anciennes de la plèvre.

Les indurations constituent la plus fréquente des altérations de l'endocarde. Les valvules sont leur siége de prédilection. Ces soupapes membraneuses sont transformées alors en un véritable tissu fibro-cartilagineux, et même en plaques osseuses. Le rétrécissement des orifices, l'obstruction des cavités, le trouble dans le jeu des val-

vules sont les principales conséquences de ce mode de lésion. On l'a souvent observé aux sigmoïdes de l'aorte, aux mitrale et tricuspide, aux sigmoïdes de l'artère pulmonaire. Dans l'observation n° 1, toutes les valvules artérielles du cœur étaient fibro-cartilagineuses; elles étaient recouvertes par une séreuse très fine qui y adhérait intimement. La membrane des cavités présente quelquefois de petits grains cartilagineux ou osseux, semblables à ceux que l'on rencontre dans le péricarde, à la suite de son inflammation chronique. Dans l'observation que je viens de rappeler, le développement des plaques cartilagineuses dans la séreuse externe coïncidait avec la transformation fibro-cartilagineuse des valvules. N'est-il point rationnel d'admettre que cette double lésion dépendait de la même cause ?

Le bord libre des valvules est le siége le plus ordinaire des végétations. On les a divisées en globuleuses, albumineuses, fibrineuses, et en verruqueuses, cornées, cartilagineuses. M. Bouillaud compare les premières aux granulations de la péritonite chronique, les secondes aux poireaux vénériens. Ces produits morbides sont assez rares, leurs dimensions varient et, par suite, leur influence sur la circulation.

Les concrétions sanguines se présentent quelquefois dans l'endocardite avec les mêmes carac-

téres qu'à la suite de toute autre affection : elles sont libres, à peine entrelacées aux tendons des valvules, rougeâtres, jaunâtres, plus ou moins semblables à du gluten ou à de la fibrine préparée. Il est alors difficile de déterminer si l'endocardite est pour quelque chose dans la formation de la concrétion, tout au plus a-t-elle pu y concourir par l'influence toute mécanique de la gêne de la circulation. Mais, dans d'autres circonstances, la concrétion est fortement adhérente à l'endocarde enflammé ; elle est pénétrée de vaisseaux ; elle offre un commencement d'organisation et des traces de sécrétion purulente. On doit alors la considérer comme une dépendance de l'endocardite. La concrétion de l'observation n° 6 n'était point encore organisée ; mais elle adhérait fortement à la séreuse, qui était elle-même le siége d'une injection sanguine très prononcée. Les symptômes avaient démontré la présence du caillot quelques jours avant la mort, ce qui ne permet point de le considérer comme un simple effet de la coagulation du sang dans les derniers instans de l'agonie. Ces concrétions se rencontrent surtout dans l'oreillette droite; elles sont en général volumineuses.

Il est rare que l'endocarde soit profondément affecté, sans qu'il existe, en même temps, d'autres lésions organiques du cœur. Les plus fré-

quentes sont la péricardite, l'hypertrophie partielle avec dilatation de la cavité qui est au dessus du rétrécissement, l'hypertrophie des deux ventricules, l'anévrisme circonscrit, la cardite chronique. On observe aussi des traces de pneumonie, de pleurite, en un mot, les caractères anatomiques des complications de l'endocardite et des lésions qui lui sont consécutives.

Les altérations humorales n'ont point été étudiées : on n'a analysé ni le sang ni les produits morbides que présente l'intérieur du cœur.

Diagnostic.

Lorsque l'endocardite est accompagnée de tous ses phénomènes caractéristisques, le diagnostic ne présente aucune difficulté. Dans d'autres circonstances, au contraire, l'anomalie de sa marche, l'obscurité de certains symptômes, et surtout la fréquence et l'importance des complications, peuvent en imposer pour une autre maladie : il importe donc d'établir avec soin les phénomènes caractéristiques de l'endocardite, et en même temps de déterminer en quoi cette affection diffère de celles avec lesquelles on peut la confondre.

La force d'impulsion du cœur, l'irrégularité de ses battemens, le bruit de soufflet, l'accélération de la circulation générale, la dureté et l'intermittence du pouls, la dyspnée permanente ou

par accès, tels sont les symptômes qui caractérisent l'endocardite. Quand on les perçoit tous en même temps, le diagnostic de cette maladie est aussi facile à déterminer, et s'élève à un aussi haut degré de certitude que celui de toute autre affection.

Mais, comme ces symptômes ne sont pas toujours réunis, il convient d'examiner séparément leur valeur respective. Un seul d'entre eux est vraiment pathognomonique, c'est le bruit de soufflet; les autres peuvent être rattachés, avec plus on moins de vraisemblance, à d'autres lésions. Le bruit de soufflet indique avec précision un trouble dans le jeu des valvules. On le rencontre, à la vérité, dans des cas où les valvules sont saines; dans certaines hypertrophies, pendant une accélération notable de la circulation; mais alors le bruit de soufflet présente d'autres caractères que dans l'endocardite: il est rarement permanent; il constitue un véritable souffle; il n'a point cette dureté, ce son âpre et rude, analogue à un bruit de râpe ou de scie, que l'on observe dans les lésions valvulaires. Il faut ajouter à ces différences celles que les autres symptômes peuvent fournir. Le frémissement cataire est une preuve presque certaine qu'il dépend d'une affection des valvules. Le bruit de soufflet, pas plus que tout autre symptôme, ne doit point être considéré isolément;

l'ensemble des signes contribue puissamment à fixer sa valeur. Ces caractères sont à peu près les mêmes à l'état aigu et à l'état chronique; dans ce dernier cas, cependant, le bruit dont il s'agit offre plus d'âpreté et de rudesse. Quelque important que soit le bruit de soufflet, on n'est pas en droit de nier l'endocardite, par cela seul qu'il manque. L'inflammation, si fréquente aux valvules, peut frapper isolément la membrane des cavités, et alors ce bruit ne se fera pas entendre. Le diagnostic sera privé d'une de ses ressources les plus puissantes; mais il pourra trouver, dans le dérangement de la circulation et de la respiration, les moyens de caractériser la maladie. Deux circonstances donneront une grande valeur aux signes généraux : l'absence de toute lésion grave à laquelle on puisse rapporter le trouble circulatoire, ou bien l'existence d'une complication que l'expérience a démontrée être très fréquente dans l'endocardite. Ainsi les symptômes du rhumatisme articulaire contribueront à déterminer la nature du trouble des fonctions du cœur.

A l'état chronique, le diagnostic repose sur les mêmes bases qu'à l'état aigu. Le bruit de soufflet, les modifications des battemens du cœur et du pouls, les attaques de dyspnée nocturnes, qui forment un des symptômes les plus constans, empêcheront de méconnaître la maladie. Les signes

commémoratifs auront ici une grande importance. Fréquemment, les malades rapportent l'origine des palpitations dont ils sont atteints à une ancienne attaque de rhumatisme. Dans l'observation n° 3, c'est une circonstance de cette nature qui a mis sur la voie de l'affection du cœur.

Examinons maintenant les maladies avec lesquelles on peut confondre l'endocardite. Nous la distinguerons des névroses et de quelques lésions organiques du cœur, de la péricardite, de l'asthme, de la pleurite et de la pneumonie.

Les palpitations nerveuses sont fugitives et irrégulières, tandis que les dérangemens fonctionnels du cœur, dans l'endocardite, sont permanens et continus. Les premières sont apyrétiques, les seconds sont accompagnés d'une fièvre plus ou moins intense. Ce dernier signe n'existe plus à l'état chronique, et quelquefois des rémissions très marquées contribuent encore à induire en erreur; mais alors l'auscultation suffira, aussi bien qu'à l'état aigu, pour démontrer la lésion physique de l'endocarde. Le bruit de soufflet, indépendamment de la marche de la maladie, établit nettement la différence.

L'hypertrophie simple, avec ou sans dilatation des cavités, peut simuler une endocardite aiguë ou chronique, suivant que la circulation est accélérée d'une manière permanente, ou que de

fortes attaques de palpitations et de dyspnée se reproduisent à des intervalles rapprochés. Des différences essentielles sont fournies par le commémoratif, par les symptômes généraux, par la percussion et la mensuration de la région précordiale; mais l'examen des battemens du cœur et de ses bruits suffit pour empêcher toute erreur. Dans l'hypertrophie, les battemens du cœur ont une plus grande force d'impulsion; mais ils sont moins fréquens, moins précipités, moins irréguliers que dans l'endocardite; les bruits sont plus sourds quand il y a diminution de la cavité, plus éclatans quand elle est agrandie; mais le bruit de soufflet manque complètement, ou bien il n'existe que d'une manière passagère pendant de violentes palpitations. Il n'est point accompagné de frémissement cataire, et, en aucun cas, il n'est rude et râpeux comme dans l'endocardite; s'il présente tous ces caractères, les deux maladies existent à la fois.

La péricardite et l'endocardite offrent de nombreux points d'analogie; elles se développent dans les mêmes circonstances, et elles coïncident fréquemment. Mais les symptômes qui leur sont communs sont modifiés d'une manière différente dans chaque maladie, et, en outre, chacune d'elles a des caractères particuliers. La douleur précordiale, qui est vive, superficielle, et, en

général, fréquente dans la péricardite, est sourde, profonde et rare dans l'endocardite. La matité et la voussure sont aussi prononcées, dans la première de ces maladies, qu'elles le sont peu dans la seconde; à un degré avancé, ces signes lèvent toute difficulté. Les battemens du cœur sont plus superficiels, plus vifs, plus développés dans l'inflammation de l'endocarde; ils sont le plus souvent étouffés, petits et serrés dans la phlogose de la séreuse externe. Dans celle-ci on entend un bruit de cuir neuf, de frôlement, de frottement; dans celle-là un bruit de soufflet simple ou double. Lorsque ce dernier bruit existe dans la péricardite, il est obscur, profond, il cesse ou reparaît suivant la position du malade. Le pouls de la péricardite est petit, concentré, en harmonie avec les mouvemens du cœur; celui de l'endocardite est fort, développé, dur, souvent en désaccord avec eux, comme on l'observe dans les rétrécissemens de l'orifice aortique. La dyspnée est plus considérable, les lipothymies sont plus fréquentes dans l'endocardite. A l'état chronique, le diagnostic repose sur les mêmes signes. On a vu combien était fréquente la coïncidence de ces deux maladies; réunies, elles présentent leurs symptômes compatibles; mais souvent il est très difficile de faire la part de chacune d'elles. Un épanchement considérable dans le péricarde peut

masquer l'affection de la membrane interne; d'autres fois, au contraire, et, à moins de signes très évidens, il en est presque toujours ainsi, c'est la péricardite qui est méconnue. Dans l'observation n° 1, l'adhérence du péricarde au cœur n'a pas même été soupçonnée pendant la vie, et toutes les lésions de l'endocarde avaient été diagnostiquées avec la plus grande exactitude. Ainsi, la péricardite, qui, depuis longues années, a été l'objet de nombreux travaux, présente plus d'obscurité, dans certains modes de son état chronique, que l'inflammation de l'endocarde, connue depuis si peu de temps.

L'endocardite chronique ressemble à l'asthme par les attaques de dyspnée nocturne dont elle s'accompagne. Il est probable qu'elle a été confondue dans les états morbides nombreux que comprend cette dénomination complexe. Indépendamment des caractères de la dyspnée, qui ne sont pas identiques, et de la prédominance des phénomènes thorachiques plus marqués dans l'asthme, l'auscultation et la percussion empêchent toute erreur.

La pneumonie et la pleurite, affectant le côté gauche de la poitrine, peuvent seules être confondues avec l'endocardite. La toux, l'expectoration, les signes physiques des lésions pleurales ou pulmonaires, l'acuité de la douleur, les ca-

ractères de la dyspnée et du pouls, l'absence du bruit de soufflet indiqueront facilement la véritable nature de la maladie. Le diagnostic n'offre d'obscurité que dans les cas où l'endocardite se développe pendant le cours de la phlegmasie pulmonaire. Une exploration minutieuse et répétée des organes thorachiques empêchera seule de méconnaître la complication.

Cet examen différentiel confirme ce que nous avons dit en commençant sur l'évidence que présente le diagnostic de l'inflammation de l'endocarde.

Pronostic.

Le pronostic de l'endocardite n'est pas aussi grave que pourrait le faire supposer l'importance de l'organe malade. L'observation a réformé les idées exagérées qui ont régné si longtemps sur le danger immédiat des affections du cœur, et sur leur incurabilité absolue. Les modifications que des travaux récens ont introduites dans le pronostic de la péricardite s'appliquent, avec non moins de vérité, à l'inflammation de la séreuse interne. Si l'on jette un coup d'œil sur les observations recueillies par les auteurs, on verra que la terminaison par la mort est loin d'être la plus fréquente: dans les cas même dont l'issue est funeste, elle est bien plus souvent due à une complication qu'à la maladie du cœur. Les deux faits de ce mémoire,

dont la terminaison a été mortelle, rentrent dans cette catégorie. L'un des malades a succombé à une fièvre typhoïde, l'autre à une pneumonie.

Lorsque l'endocardite est combattue à sa naissance et traitée convenablement, on peut espérer une complète résolution. La guérison radicale est incomparablement plus fréquente que la terminaison par la mort. Mais l'issue la plus ordinaire de la maladie, pour peu qu'elle soit intense, et qu'on ne l'ait pas combattue avec assez d'énergie, est le passage à la chronicité.

A l'état chronique, la maladie n'est plus susceptible de résolution. Le pronostic varie alors suivant l'étendue des lésions organiques, suivant qu'elles restent stationnaires ou qu'elles s'aggravent promptement. Dans un grand nombre de cas, l'endocardite chronique constitue plutôt une incommodité qu'une maladie véritable. Elle semble compatible avec la santé, ses symptômes ne se développent que par intervalles et se bornent à des palpitations, à quelques attaques de dyspnée pendant le sommeil. Les malades nos 1 et 3, ont supporté les fatigues du service militaire, l'un pendant trois ans, l'autre pendant dix mois, avec des lésions graves de l'endocarde, et ce sont d'autres affections qui ont déterminé leur entrée à l'hôpital. Il faut se garder cependant de déduire de ces considérations un pronos-

tic trop favorable. La gêne de la circulation, suite inévitable de l'endocardite, quelque peu aperçue qu'elle soit, pendant un laps de temps plus ou moins long, finit toujours par déterminer d'autres affections, pour le développement desquelles elle constitue, en quelque sorte, une prédisposition permanente. Les individus, porteurs d'endocardites chroniques, sont exposés plus que d'autres aux congestions pulmonaires ou cérébrales, aux bronchites et aux pneumonies. L'entrave qui existe chez eux à la circulation aggrave ces maladies, en même temps qu'elle facilite leur développement. L'endocardite donne fréquemment naissance à l'hypertrophie partielle du cœur, à la dilatation de la cavité située au dessus du rétrécissement. Dans la plupart des cas où l'on a noté une lésion ancienne de l'endocarde, on a observé en même temps, à un degré plus ou moins marqué, ces diverses lésions du cœur. A ces conséquences de l'état chronique, il faut ajouter la tendance à la reproduction de l'état aigu. Cette tendance est plus ou moins prononcée suivant les causes qui ont déterminé la maladie. Si l'endocardite est le résultat d'un rhumatisme, cette dernière affection, sujette à de si fréquens retours, déterminera presque infailliblement des récidives de la phlogose du cœur.

Le pronostic est des plus graves lorsque les

symptômes augmentent journellement d'intensité, et suivent une marche continue. Dyspnée sans relâche et jetant le malade dans les angoisses les plus cruelles; sommeil à chaque instant interrompu par des palpitations et des étouffemens, battemens du cœur irréguliers, tumultueux; pouls présentant les mêmes caractères, ou bien petit et à peine sensible pendant que le cœur se contracte avec force; syncopes, étourdissemens, œdème des extrémités, envahissant par gradation le reste du corps, tels sont les avant-coureurs infaillibles d'une issue promptement mortelle.

Le pronostic varie suivant une foule de circonstances, les âges, les causes, les complications, le traitement, les prédispositions des organes sur lesquels le cœur exerce son influence la plus immédiate. Il varie encore suivant le siége de la maladie : elle est plus grave aux orifices que dans l'intérieur des cavités; suivant la nature de la lésion organique, congestion, ulcération, fausses membranes, induration, ossification, concrétions sanguines, etc. Le pronostic de chacune de ces lésions se déduit du trouble plus ou moins considérable qu'elle apporte dans les fonctions du cœur.

En résumé, l'endocardite est une maladie grave, rarement mortelle à l'état aigu, passant très fréquemment à l'état chronique, stationnaire pen-

dant un temps plus ou moins long, faisant des progrès plus ou moins rapides, et déterminant la mort, soit par elle-même, soit par les affections dont elle favorise le développement.

Théorie.

Il est inutile d'exposer les faits et les raisonnemens qui établissent le siége de la maladie. Son caractère inflammatoire à l'état aigu est tout aussi évident que celui des autres affections de même nature. Il n'y a de doute que pour certaines lésions organiques, les indurations fibro-cartilagineuses, les ossifications, les végétations, dont le mode de développement est encore contesté. L'analogie et l'observation directe semblent se réunir, cependant, pour lever toute incertitude. Des lésions présentant les mêmes caractères physiques se rencontrent dans le péricarde, dans la plèvre, à la suite d'inflammations bien constatées; leur origine peut-elle être différente par cela seul qu'elles occupent la membrane interne du cœur? Des faits incontestables permettent de suivre cette filiation pas à pas, au moins pour les indurations fibro-cartilagineuses. Chez le malade de ma première observation, on a pu noter avec précision l'instant où a commencé la maladie de l'endocarde. Il a été soumis, pendant trois ans, à la

gêne qu'entraînait une lésion valvulaire; il est mort à la suite d'une rechute, et l'autopsie a été doublement concluante. On a découvert une induration cartilagineuse des valvules, et en même temps des concrétions de même nature dans le péricarde, qui présentait, en outre, des traces d'inflammation chronique; bien évidemment, dans ce cas, la lésion des deux enveloppes du cœur ne reconnaissait qu'une seule et même cause.

Il faut excepter de cette pathogénie les ossifications qui se développent, dans le cœur, chez les vieillards, comme dans le reste du système vasculaire : tout porte à croire qu'elles dépendent d'un travail organique autre que l'inflammation.

Traitement.

L'endocardite présente deux indications principales : combattre l'inflammation et prévenir la formation des lésions organiques; remédier aux conséquences de celles-ci, et empêcher leurs progrès, quand une fois elles se sont établies. La première indication domine le traitement de l'état aigu, qui seul est réellement curatif; la seconde s'applique à l'état chronique, et constitue la base d'un traitement purement palliatif.

La médication antiphlogistique est seule admissible dans la première période de la maladie. Il

faut insister sur elle, aussi longtemps que le cœur est le siége d'une turgescence inflammatoire. Les saignées générales sont le plus puissant de tous les moyens. C'est presque exclusivement à leur emploi répété qu'a été due jusqu'ici la résolution de l'endocardite. Il est impossible de formuler *à priori* le nombre et la dose des émissions sanguines : elles seront plus ou moins copieuses et rapprochées, suivant la constitution des malades, la nature et l'intensité des symptômes. On peut cependant établir, comme règle générale, que les saignées continuent à être indiquées, et doivent être répétées tous les jours ou tous les deux jours, tant que le mouvement fébrile persiste avec intensité, et que les pulsations du cœur conservent de l'énergie et de la fréquence. Il est manifeste que l'application de cette règle doit être, toutefois, subordonnée à l'état des forces. Après les saignées, on aura recours aux sangsues et aux ventouses scarifiées sur la région du cœur. Ces applications seront surtout indiquées à la fin de la période aiguë, et lorsque la maladie tendra à passer à l'état chronique. La diète, le repos, les boissons émollientes et rafraîchissantes seconderont l'emploi de ces moyens.

La digitale pourprée ayant une action spéciale sur le cœur, dont elle calme et ralentit les mouvemens, rien n'est plus rationnel que de la pres-

crire à la suite des émissions sanguines, ou concurremment avec elles. Dans presque toutes les observations d'endocardite, on trouve mentionné l'emploi de ce médicament. Un examen attentif fait reconnaître que si, dans un grand nombre de cas, il a diminué l'action du cœur, dans beaucoup d'autres il est resté inefficace, ou a même agi comme un véritable stimulant. Ce défaut d'identité dans les effets de cette substance dépend, sans doute, de l'époque de la maladie à laquelle on la prescrit, de la préparation dont on fait choix, et du mode d'administration. Avant que l'état inflammatoire ait été diminué par les saignées, la digitale pourprée reste sans influence sur les battemens du cœur; parfois même elle augmente les palpitations, et détermine de la céphalalgie et des nausées. On ne l'administre avec succès qu'après avoir calmé la fièvre par des émissions sanguines. Si, cependant, malgré l'emploi répété de ces moyens, la fièvre et les palpitations persistent avec violence, on aura recours à la digitale, sans attendre un commencement de sédation. Quoique inefficace en apparence, la médication antiphlogistique aura utilement préparé les voies à l'action de ce remède. On doit en continuer l'emploi aussi longtemps qu'il exerce une action marquée sur le cœur, et que les organes digestifs le supportent facilement. Leur tolérance est d'autant

plus parfaite que la réaction inflammatoire a été plus complètement abattue. Il faut suspendre la digitale dès qu'il se développe de la céphalalgie et des vertiges. La teinture et la poudre seront employées suivant la susceptibilité des sujets et l'état des voies digestives, depuis douze gouttes et un demi-grain par jour, jusqu'à un scrupule et quatre ou cinq grains. M. Bouillaud a proposé la méthode endermique, dont il a fait un usage très fréquent. Après les premières saignées, il applique un vésicatoire sur la région du cœur, et il saupoudre de digitale la surface dénudée d'épiderme. Ce mode d'administration, ajoutant une action véritablement révulsive à l'action sédative de la digitale, ne peut qu'être employé au déclin de la période aiguë. Adopté d'une manière exclusive, il reculerait de beaucoup le moment où la digitale peut être prescrite avec avantage. Il est préférable d'administrer cette substance à l'intérieur, après les premières émissions sanguines, et de n'avoir recours à la méthode endermique qu'au moment où la marche des symptômes réclame en même temps l'intervention des révulsifs. On comprend qu'il deviendra nécessaire de s'écarter de cette règle lorsque des contre-indications empêcheront de confier la digitale aux organes digestifs. Dans le petit nombre de cas que j'ai traités, cette substance a été presque inefficace;

elle n'a produit un soulagement réel que dans l'observation recueillie à la clinique de M. Forget. A la même époque, j'ai employé la méthode endermique chez deux individus atteints de palpitations; elles dépendaient, dans un cas, d'un état nerveux du cœur; dans l'autre, d'une hypertrophie ventriculaire. Chez ce dernier malade, deux saignées générales avaient été pratiquées. L'application de la poudre de digitale à la surface d'un vésicatoire fut continuée, à la dose de douze grains par jour, pendant une semaine, et n'amena aucun résultat avantageux. Peut-être cet insuccès est-il dû à l'omission de l'une des nombreuses précautions nécessaires à l'absorption du médicament! Mais n'est-ce point une objection grave contre une méthode que la difficulté extrême de son application?

Les opiacés seront, dans certains cas, heureusement associés à la digitale; on les emploiera à l'intérieur ou par la méthode endermique. Un quart ou un demi-grain d'acétate ou d'hydrochlorate de morphine seront appliqués à la surface d'un vésicatoire. L'extrait gommeux d'opium a été administré avec succès dans les observations n°s 3 et 6.

La médication révulsive est utilement employée au déclin de l'état aigu. Il est rare que l'on ne se trouve point dans la nécessité d'y avoir

recours. L'application du vésicatoire au bras ou sur la région du cœur, mentionnée dans un si grand nombre d'observations, a déterminé fréquemment un amendement notable; d'autres fois, au contraire, elle a exaspéré tous les symptômes. On doit remarquer qu'il en a été surtout ainsi, lorsque la révulsion a été tentée, à une époque où les phénomènes inflammatoires étaient encore dans toute leur vigueur. On a conseillé les frictions stibiées, les sétons, les cautères, plus utiles à l'état chronique. Les sinapismes paraissent offrir peu d'avantages, leur action n'étant ni assez profonde, ni assez prolongée.

Les révulsifs des voies digestives, les purgatifs surtout, peuvent aussi être essayés à la fin de la période aiguë; mais l'expérience n'a point prononcé encore sur leur efficacité.

Les complications doivent être traitées concurremment avec la maladie principale. Leur traitement se subordonne à celui de l'endocardite, le domine et le modifie suivant la nature et la gravité des lésions qui les constituent. S'il y a coïncidence d'une pneumonie ou d'un rhumatisme, c'est un motif de plus pour insister avec vigueur sur les saignées à hautes doses. Si, au contraire, on a à combattre l'intercurrence d'une fièvre typhoïde, on sera moins prodigue d'émissions sanguines, et on insistera davantage sur les révulsifs.

C'est à la même médication qu'on aura recours à la suite de la disparition d'un exanthème. En général, cependant, lorsque l'endocardite est le résultat d'une métastase, l'expérience a prouvé qu'elle n'était point guérie par le retour de l'affection primitive.

Quand l'endocardite est passée à l'état chronique, et que des lésions organiques se sont établies, on puisera, dans les médications précédentes, les moyens, non plus d'obtenir une complète résolution, mais d'arrêter les progrès du mal et de combattre ses effets. On insistera particulièrement sur un régime convenable; on proscrira les alimens échauffans, les boissons spiritueuses, le café et les stimulans de toute espèce. Autant que possible, le malade devra abandonner les professions qui activent habituellement les fonctions de la circulation et de la respiration; il évitera surtout les émotions morales profondes, qui exercent une si funeste influence sur les maladies du cœur. La réunion plus ou moins complète de ces conditions hygiéniques suspendra les progrès de l'inflammation de l'endocarde; grâces à elle, des lésions organiques assez graves pourront être longtemps compatibles avec la santé. Si les palpitations sont fréquentes et énergiques, si le malade est tourmenté habituellement par les attaques de dyspnée nocturne, un des symptômes

les plus fatigans de cette affection, on aura recours aux saignées générales à petites doses, plus ou moins rapprochées, et répétées tant que l'état des forces en permettra l'emploi; elles seront encore un des moyens les plus efficaces de procurer au malade quelque soulagement. La digitale, les opiacés, les antispasmodiques, les révulsifs de la peau et des voies digestives, sous des formes et à des doses variées, seront administrés à cette période de la maladie, combinés ou isolément, suivant la nature des symptômes et l'utilité que chaque moyen de traitement présentera dans le cas spécial.

Tous les efforts du médecin n'aboutiront plus ensuite qu'à des améliorations passagères; trop souvent même il ne pourra rien pour adoucir les angoisses qui accompagnent les dernières périodes de la maladie. L'hydropisie, anasarque ou ascite, liée à certaines lésions de l'endocarde, sera traitée par la même méthode que les collections séreuses dépendant d'autres causes. Dans quelques cas, on a momentanément obtenu la résorption de l'épanchement, ou déterminé une guérison passagère par son évacuation au dehors. Les lésions organiques de l'endocarde ne réclament point de traitement particulier, suivant la forme qu'elles affectent et la partie de la membrane où elles siégent. L'activité du traitement

doit être proportionnée à l'étendue de la gêne qu'elles apportent à la circulation. On a proposé les sels de potasse ou de soude contre les concrétions sanguines, dans la vue de rendre au sang sa liquidité : l'expérience n'a point encore prononcé sur l'efficacité de ces médicamens.

En résumé, saignées, digitale, révulsifs de la peau, tels sont les principaux moyens de traitement de l'endocardite, à l'état chronique comme à l'état aigu.

COMPTE RENDU

DE LA

CLINIQUE CHIRURGICALE

DE L'HOPITAL MILITAIRE D'INSTRUCTION

DE STRASBOURG,

PAR P. MALLE,

CHIRURGIEN AIDE-MAJOR A CET ÉTABLISSEMENT.

AVANT-PROPOS.

Nous livrons aujourd'hui à nos collègues les observations chirurgicales recueillies depuis dix ans, et plus spécialement encore durant les trois dernières années, de 1834 à 1837, à l'hôpital d'instruction de Strasbourg. Il nous semble important de ne pas laisser perdre dans l'oubli des faits intéressans, qui ont servi de texte à des leçons nombreuses, et ont acquis ainsi tous les titres de l'authenticité.

Si, parmi les observations dont se compose ce travail, il en est qui ne méritaient pas d'y trouver place, nous demandons pardon d'avance d'avoir cédé, en les rapportant, à l'entraînement commun aux personnes qui puisent leurs maté-

riaux au lit des malades; et si l'on nous reprochait de nous être livré, à l'occasion de faits pratiques isolés, à une sorte de revue générale de la chirurgie, nous répondrions, en supposant que ce soit un tort, c'est à bon escient que nous en avons encouru la responsabilité. En agissant ainsi, nous avons pensé servir, beaucoup mieux que par des relations isolées et sèches, les intérêts de la science.

Combien ne serait-il pas à désirer que tous les chirurgiens, placés à la tête d'établissemens considérables, publiassent, à des époques plus ou moins éloignées, les résultats généraux et spéciaux de leur pratique! Plus d'une question, encore en litige de nos jours, aurait peut-être trouvé sa solution, si tous ceux qui se livrent à l'exercice de l'art sur de grands théâtres s'étaient conformés à cette marche, devenue pour ainsi dire obligatoire, aujourd'hui que la médecine s'est emparée de la statistique comme d'un nouveau moyen de perfectionnement. On comprend mieux encore de quelle utilité peuvent être ces comptes-rendus, lorsque la bonne foi préside à leur rédaction, et lorsque les revers sont énumérés avec la même exactitude, et racontés avec la même franchise que les succès. Sous ce rapport, notre œuvre, nous osons le dire, se distinguera de quelques autres, dans lesquelles le merveilleux lutte incessamment contre la raison commune; et ce mérite, si

c'en est un, revient tout entier aux vénérables maîtres que le gouvernement a successivement placés à notre tête, et qui tous ont mis, au premier rang de leurs devoirs de chef et de praticien, la bonne foi poussée jusqu'au scrupule. L'un d'eux, M. Béclard, vétéran de l'empire, a succombé à la peine : la chirurgie militaire rendra longtemps hommage à ses vertus privées et à sa longue expérience. Le second, M. Zinck, dont les utiles services dataient de l'Égypte, et qui avait suivi à l'armée d'Anvers la glorieuse résurrection de notre drapeau national, n'a fait que passer au milieu de nous ; mais il y a laissé, sous le double rapport du zèle et de l'amour de l'art, de précieux souvenirs. Honoré de l'amitié de son successeur, nous nous résignons d'autant plus volontiers à n'en rien dire que, dans le cours de ce travail, on verra combien la médecine opératoire a pris d'accroissement depuis que la direction du service chirurgical lui a été confiée.

Quoique ancien chirurgien de bataille, M. Béclard, trop confiant, peut-être, dans les ressources de la nature, et redoutant toute espèce de mutilation, recourait rarement à l'instrument tranchant; aussi les années se succédaient sans que les élèves eussent occasion de voir pratiquer une opération majeure. Ce n'est pas qu'il n'eût tu te l'aptitude nécessaire au praticien d'un grand hôpital; comment aurait-il traversé les sanglantes

épreuves de la chirurgie de la république et de l'empire sans acquérir la dextérité et contracter l'habitude que réclament les grandes opérations? mais une honorable défiance de lui même arrêtait sa main; il n'osait souvent conseiller, persuader au malade l'échange de quelques chances de vie contre les douleurs et les périls immédiats d'une mutilation. Un coup d'œil jeté sur le tableau numérique des amputations pratiquées depuis 1833 jusqu'en janvier 1837, comparé au chiffre de celles qui ont eu lieu depuis 1827 jusqu'à la fin de 1832, suffira pour faire apprécier l'énorme différence qui existe, sous ce rapport, entre les deux époques. Et pourtant, disons-le par anticipation, il n'est permis à personne de désirer des résultats plus satisfaisans que ceux obtenus depuis quatre années, dans notre hôpital, à la suite des amputations et des autres opérations graves.

Nous nous efforcerons de rendre palpables ces résultats, ainsi que ceux obtenus dans le traitement d'une foule d'autres maladies chirurgicales graves, telles que les fractures, les orchites, les plaies de tête, etc. On sait combien la statistique, vers laquelle de bons esprits se dirigent avec tant d'ardeur, a acquis d'importance. Étranger, pour notre part, à ces débats, et tout en reconnaissant les avantages que la pratique peut retirer de cette nouvelle méthode d'appréciation des faits, nous

sommes loin pourtant d'y ajouter une foi aveugle. La maladie, comme nous l'avons dit ailleurs, n'étant point une *généralité scientifique*, mais s'individualisant, et formant, pour ainsi dire, autant de maladies diverses qu'elle attaque d'individus différents, présente des élémens complexes, d'une expression difficile par le calcul. Nous n'attachons donc aux déductions statistiques auxquelles nous n'avons pu nous dispenser de nous livrer qu'une valeur relative, une signification sujette à contrôle, par de nouveaux faits. Il y a loin d'une critique sévère des exagérations auxquelles elle a servi de texte à l'absolue négation de ses avantages.

Parmi les observations intéressantes contenues dans ce travail, nous plaçons au premier rang un exemple de guérison de croup chez un adulte, bien que la maladie fût parvenue à la troisième période; quelques blessures graves de poitrine, une, entre autres, de l'organe central de la circulation, et qui, sous le rapport de la gravité, peut être comparée à celle que l'on doit à M. Ferrus; deux opérations d'empyème purulent, suivies de succès complet; un abcès sous-pleural simulant un abcès du médiastin. Parmi les lésions du système nerveux, un ramollissement de la partie postérieure de la moelle, avec persistance de la sensibilité et perte des mouvemens musculaires;

une arthrite aiguë des articulations occipito-atloïdo-axoïdiennes; puis quelques maladies graves de l'encéphale; dans le système digestif, une blessure non pénétrante de l'abdomen, suivie de mort; dans le système lymphatique, une extirpation de goître, suivie, immédiatement après l'opération, d'un gonflement sanguin énorme; dans l'appareil locomoteur, plusieurs exemples remarquables de fractures comminutives, suivies de guérison; une solution de continuité de tendon d'Achille, guérie sans substance intermédiaire, une luxation du poignet en avant, etc., etc. A ce simple énoncé, il est facile de se convaincre que ce travail n'est pas entièrement dépourvu d'intérêt, et ceux-là nous sauront gré de l'avoir entrepris, et *surtout de l'avoir terminé,* qui savent par eux-mêmes tout ce qu'une œuvre pareille exige de patiente persévérance pour être conduite à bonne fin. Qu'il nous soit permis d'ajouter quelques mots concernant les doctrines médicales que nous avons embrassées et les principes qui ont présidé à la rédaction de notre travail. Il peut être utile au lecteur de connaître à quelle école nous appartenons.

A l'époque où nous commençâmes à étudier la médecine, un système, jusque-là considéré comme indestructible, succombait sous de pressantes attaques; et ses adversaires, continuant la marche

progressive de l'esprit philosophique en médecine, plantaient sur ses débris leur drapeau victorieux. C'était le temps des croyances; chaque jour voyait éclore un nouveau combat; des réputations solides se formaient en prenant part à des luttes animées autant que sincères; et à l'avidité avec laquelle nous dévorions, quoique bien jeune encore, ces discussions scientifiques, nous jugeons du haut intérêt qu'y apportaient les combattans. Parmi eux se trouvaient, des deux côtés, auprès d'écrivains devenus depuis célèbres, des hommes qui n'ont dû leur réputation qu'au reflet de la gloire qui environnait le maître. Mais aujourd'hui que le scepticisme s'est emparé des esprits, et que la doctrine le cède trop souvent au besoin d'innover; aujourd'hui qu'un pyrrhonisme rongeur tend à saper jusqu'aux bases de l'édifice médical, il faut plus de labeur pour fixer l'attention de ses contemporains, à moins d'avoir recours à une adroite industrie, au savoir-faire, cette triste capacité de ceux qui n'en ont point, et qui, malgré l'absence de tous travaux consciencieux, parviennent néanmoins à se frayer une large route et à s'étaler à leur aise sous l'œil du siècle.

Quant à nous, élevé dans les principes de l'école physiologique, ses préceptes thérapeutiques sont encore les nôtres; et si, sur plusieurs points, nous différons d'opinion avec son illustre auteur,

à nos yeux, pourtant, l'irritation n'en est pas moins un fait primordial dans l'organisme. En pathologie de même qu'en physiologie, cette irritation joue, soit comme phénomène primitif, soit comme phénomène secondaire, un rôle qui réclame toute l'attention du praticien. Cet aveu, par le temps d'*anarchie* médicale où nous vivons, étonnera peut-être quelques trembleurs; mais c'est un cri échappé de la conscience.

Qu'on ne l'oublie pas d'ailleurs, l'éclectisme est de sa nature essentiellement stationnaire; et qu'attendre, bon Dieu! d'une doctrine qui se contente de prendre ce qu'elle trouve de bon dans chaque systéme, lorsque le *criterium* du bon lui manque, et est laissé à l'appréciation de chacun de ses membres? Une semblable doctrine, n'est-ce pas la mort de la science?

Quant à la marche que nous avons adoptée pour la rédaction de ce travail, nous avons cru ne pouvoir mieux faire que de suivre l'ordre physiologique, fondé sur l'organisation même. S'il n'est entièrement exempt de reproches, du moins offre-t-il, sur tous ceux qu'il est permis de suivre, l'immense avantage de rappeler sans cesse, au praticien comme à l'élève, que c'est aux organes que s'adressent les médications, que c'est d'eux qu'émanent les phénomènes morbides, que c'est sur eux que les agens pathogéniques portent leur

funeste influence, que de l'étendue et de la nature des *altérations organiques* dépend la gravité du pronostic, et qu'enfin le diagnostic est d'autant plus facile que la physiologie pathologique de l'organe malade est plus avancée.

Toutefois, comme le propre de toutes les classifications, surtout en économie animale, est d'être imparfait, nous avons été obligé de comprendre dans un même chapitre des maladies qui, présentant toujours les mêmes caractères et exigeant le même traitement, devaient nécessairement se trouver rapprochées, telles que les plaies, les abcès, le phlegmon, les érysipèles, etc. Il en est de même des amputations, dont l'histoire a été rejetée après celle des lésions du système locomoteur. Quant à la résorption purulente, les deux observations que nous avons recueillies sur cet état sont placées à la suite des maladies de l'appareil circulatoire, bien qu'elles ne soient pas très propres à confirmer l'opinion de M. Cruveilhier, qui considère les lésions de ce genre comme les résultats d'une phlébite capillaire.

Article premier. — Érysipèle.

L'érysipèle, maladie assez fréquente dans notre hôpital, s'y présente le plus souvent avec la forme traumatique. Les occasions d'en observer de spontanés, suivant le langage de l'école, ont été moins

nombreuses que celles où cette phlegmasie succédait à des plaies accidentelles, ou à des opérations pratiquées dans l'intention de donner issue à quelque collection purulente, ou pour établir des révulsions. On sait que l'érysipèle attaque quelquefois, et sous l'influence d'une constitution atmosphérique assez difficile à établir, un grand nombre d'individus. Nous avons eu plus d'une occasion de constater ce fait. Durant le cours de l'été dernier (1836), par exemple, une disposition de ce genre se manifesta parmi nos blessés, et fit, pendant quelque temps, remettre une opération de cataracte. Dans beaucoup de cas, les auteurs, attribuant à cette influence atmosphérique une puissance exagérée, n'ont point hésité à considérer la maladie comme épidémique. A en croire Tozzi (1), Guillaume Bromfield (2), Blache et Chomel (3), Rayer (4), des épidémies de cette nature auraient régné à Naples, en 1770; à Londres, en 1733; à Paris, en 1818 et 1828. M. le professeur Velpeau dit en avoir lui-même observé une à la Pitié, pendant l'été de 1831.

---

(1) *Comment. sur les Aphorismes d'Hippocrate*, t. VII, § 20.

(2) *Chirurg. observ. and cafet. Lond.* 1733. *And medical communications,* vol. II, p. 322.

(3) *Dict. de Béchet*, t. XII, p. 216.

(4) *Traité pratique des maladies de la peau*, t. I, p. 416.

Quant aux divisions établies entre les diverses espèces d'érysipèles, nous les reproduirons d'autant moins qu'elles nous semblent, en général, peu philosophiques; elles ne reposent guère que sur des phénomènes indépendans de l'érysipèle même. N'est-il pas évident que dans l'érysipèle typhoïde, par exemple, la phlegmasie cutanée constitue moins la gravité de l'affection que la lésion viscérale, et qu'il serait plus vrai de dire: état typhoïde compliqué d'érysipèle qu'érysipèle typhoïde? Et qu'on ne s'y trompe pas, ce n'est point ici une vaine dispute de mots, la thérapeutique générale et même locale ne varie si souvent, dans les érysipèles, que parce que les complications varient elles-mêmes fréquemment. La seule division qui nous paraisse vraiment utile est celle qui repose sur la distinction des élémens anatomiques affectés; car cette division est pratique, s'il nous est permis de nous exprimer ainsi. Qui pourrait contester jamais l'avantage qu'il y a à séparer l'érysipèle cutané d'avec l'érysipèle phlegmoneux ou le phlegmon érysipélateux? N'est-ce pas à raison de l'importance des organes situés dans leur voisinage que les érysipèles de la face méritent de former une classe à part. Arrivons aux faits, relatifs à cette maladie, qui nous ont le plus frappé.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Érysipèle traumatique à la jambe droite, sangsues, fomentations avec l'infusion de fleurs de sureau; guérison.

V***, fusilier au 16e léger, âgé de vingt-cinq ans, d'un tempérament bilieux, d'une constitution assez forte, reçut, le 1er août 1834, un coup de pied de cheval à la partie antérieure de la jambe droite. Le blessé ressentit une douleur assez vive au moment du coup; toutefois il continua sa promenade, et ne rentra au quartier que le soir. Une plaie contuse de peu d'étendue existait à la jambe; puis V*** s'étant levé le lendemain matin et les jours suivans, il fut pris, le 5 au soir, d'un érysipèle, qui, en quelques heures, avait envahi toute la jambe.

Transporté à l'hôpital le 6 au matin, il présentait, à la visite, les symptômes suivans :

Les bords de la solution de continuité ont une teinte violacée ; la peau, d'un rouge foncé qui s'affaiblit et disparaît sous le doigt, est sèche et âcre au toucher; le malade y éprouve une douleur brûlante, sans pulsation; il a de l'anorexie; la langue est recouverte d'un enduit jaunâtre; le pouls est fébrile; il y a de la lassitude, mais point de diarrhée ni de douleur épigastrique.

La soif est modérée, le blessé se plaint d'insomnie. — Vingt sangsues autour de l'érysipèle, fomentations avec l'infusion de fleurs de sureau, diète, limonade, potion gommeuse opiacée, à demi-grain, pour le soir.

Le 7 août, l'érysipèle a diminué; la peau est moins rouge, la douleur moins brûlante; le malade a dormi trois heures. L'état général est, toutefois, à peu près le même. — Fomentations de sureau; même prescription.

Le 8, la rougeur est moins étendue; la douleur se fait à peine sentir; la langue est moins jaune; plus d'anorexie, plus de soif; le malade demande à manger. — Fomentations de sureau, même prescription.

Le 9, les bords de la solution de continuité suppurent; il n'y a plus, à proprement parler, d'érysipèle. La langue est humide, encore recouverte d'un peu d'enduit jaunâtre; le pouls est naturel, la chaleur de la peau normale; en un mot, le blessé est très bien. — Bouillon et pruneaux. Pansement simple.

Depuis lors, la convalescence fait des progrès; les alimens sont graduellement augmentés; et le malade sort le 15, parfaitement guéri.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Érysipèle spontané au bras gauche; fomentations d'infusion de fleurs de sureau; guérison.

L***, canonnier au 6e d'artillerie, âgé de vingt-quatre ans, d'un tempérament sanguin, entre à l'hôpital militaire de Strasbourg le 7 août 1833. Cet artilleur, à la suite d'un accès de colère, avait vomi une assez grande quantité de bile, puis, le surlendemain, avait été pris, au bras gauche, d'une démangeaison, d'abord peu incommode, mais qui bientôt avait acquis le caractère d'une douleur brûlante. A son entrée à l'hôpital, il présentait les symptômes suivans : rougeur vive du bras, depuis un demi-pouce au dessus du coude jusqu'à deux pouces de l'articulation scapulo-humérale, et occupant le tiers à peu près de la circonférence du membre; cette rougeur disparaît d'ailleurs, sous la pression du doigt, pour se reproduire ensuite; la chaleur du bras est sèche, âcre au toucher; la douleur y est prurigineuse, tensive.

Du reste, le malade a de la fièvre; la soif est vive, la langue sèche, rouge à sa pointe, recouverte d'un enduit blanchâtre; il y a des frissons, de la chaleur à la peau, et un peu de diarrhée. — Fomentations de sureau sur l'érysipèle; diète,

limonade, potion gommeuse, lavement émollient.

Le 8 août, même état que la veille; même prescription.

Le 9, rougeur moins prononcée, douleur moins intense, soif moins vive, langue plus humide; même prescription.

Le 10, amélioration sensible; la rougeur a disparu dans une grande partie du membre, et la desquamation commence; le malade ne ressent presque plus de douleur; les symptômes généraux s'amendent, le pouls est à peine fébrile, et le malade demande à manger.

Les 11 et 12 août, la rougeur disparaît complètement; la desquamation s'opère, et la convalescence se prononce.

Le 21, le malade sort guéri.

TROISIÈME OBSERVATION.

Érysipèle bilieux à la cuisse gauche; sangsues à l'épigastre : fomentations d'infusion de fleurs de sureau; guérison.

L***, fusilier au 10e de ligne, âgé de vingt-huit ans, d'un tempérament sanguin et d'une idiosyncrasie bilieuse, entra à l'hôpital militaire de Strasbourg, le 15 juillet 1832. Ce militaire, dont l'indisposition s'était développée sans cause

connue, présentait les symptômes suivans :

Érysipèle occupant presque toute la longueur et plus de la moitié de la circonférence de la cuisse gauche. La peau de la région est d'un rouge clair circonscrit par un cercle jaunâtre; la douleur est prurigineuse, la chaleur âcre; les ganglions de l'aine sont engorgés.

Le malade a vomi la veille; il éprouve des nausées; la langue est jaunâtre, tremblotante; il a des horripilations, de la lasssitude, une céphalalgie sus-orbitaire poignante. La soif est vive, l'épigastre douloureux, l'urine rare et safranée, le pouls fébrile.

Prescription : vingt sangsues à l'épigastre; diète, limonade gommée, potion gommeuse; fomentations de sureau sur l'érysipèle.

Le 16 juillet, la langue est un peu plus humide, la soif moins vive, l'épigastre moins douloureux. Du reste, même état. Diète, limonade gommée, potion gommeuse, lavement émollient, fomentations émollientes sur l'abdomen, fomentations de sureau sur le membre.

Le 17 juillet, langue plus sèche, pouls plus fréquent, épigastre très douloureux; le malade a eu plusieurs vomissemens; l'érysipèle augmente d'étendue; mais la rougeur n'est pas plus intense : même prescription que la veille, vingt sangsues à l'épigastre.

Le 18 juillet, amélioration sensible. Plus de vomissement; langue humide, soif moindre, plus de douleur à l'épigastre; pouls moins fréquent; douleur moins vive à la cuisse. Diète, limonade gommée, potion gommeuse, fomentations émollientes sur l'abdomen, fomentations de sureau sur l'érysipèle.

Le 19 juillet, le mieux continue, la langue se débarrasse, le pouls devient moins fréquent, la céphalalgie sus-orbitaire se dissipe, l'urine est moins rouge et plus abondante; l'abdomen cesse d'être sensible à la pression; le malade a eu une selle naturelle; l'érysipèle a cessé de faire des progrès. Diète, limonade gommée, potion gommeuse, fomentations de sureau.

Le 20 juillet, la desquamation commence, à la circonférence de l'érysipèle; le malade ne ressent presque plus de douleur à la cuisse. Quant à l'état général, il est des plus satifaisans: langue humide, soif modérée, plus de douleur à l'épigastre, pouls presque naturel. Le malade demande à manger. Bouillon maigre, matin et soir; mêmes boissons, même prescription locale.

Le 21 juillet, l'érysipèle disparaît, en même temps que la desquamation le remplace. Plus de douleur; le malade réclame avec instance des alimens, qui lui sont graduellement accordés; et, le 5 août, il sort de l'hôpital parfaitement guéri.

QUATRIÈME OBSERVATION.

Érysipèle au cou à la suite de l'application d'un séton; fomentations d'infusion de fleurs de sureau; guérison le septième jour.

E***, chasseur au 19e léger, entra, le 20 mars 1836, à l'hôpital militaire de Strasbourg. Ce militaire, d'un tempérament lymphatique, âgé de vingt-cinq ans, avait déjà été atteint, à plusieurs reprises, d'ophthalmies légères, qui avaient fini par déterminer une irritation chronique des organes de la vision, mais principalement des paupières supérieures. Un grand nombre de moyens ayant été employés sans résultat avantageux, on se décida à appliquer un séton à la nuque; le malade s'en trouva bien, mais dix jours étaient à peine écoulés depuis l'application de ce révulsif, qu'une inflammation érysipélateuse survint et força de retirer la mèche.

Les bords de la solution de continuité étaient rouges et tuméfiés; la rougeur s'étendait jusqu'au delà du bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien et menaçait d'envahir la face.

Le malade avait de la fièvre, de la soif, et éprouvait une vive douleur à la région enflammée;

cependant il n'y avait ni céphalalgie sus-orbitaire, ni envie de vomir. Diète, fomentations de sureau appliquées sur l'érysipèle; boissons adoucissantes; pédiluves sinapisés; lavemens émolliens.

Le 21 avril, l'état du malade est le même; douleur locale très vive; soif modérée, langue humide et blanchâtre; point de douleur à l'épigastre, point de selles. Diète, limonade, potion gommeuse, lavement purgatif, fomentations de sureau.

Le 22, légère amélioration; pouls moins fréquent, rougeur moins vive, douleur moins intense; soif modérée. Même traitement.

Le 23, l'érysipèle semble avoir fait de nouveaux progrès; la langue est plus sèche, la soif plus intense. Lavement purgatif, boissons adoucissantes, fomentations de sureau.

Le 24, amélioration sensible; presque plus de douleur; chaleur moindre, pouls moins fréquent; la langue est humide, le malade sent de l'appétit. Même traitement, le lavement excepté.

Le 25, l'amélioration continue, la rougeur disparaît, la desquamation commence; l'état général du malade est satisfaisant. Bouillon maigre matin et soir, limonade gommée, potion gommeuse, fomentations de sureau.

Le 26, la desquamation est générale; le malade ne ressent plus aucune douleur; il n'a plus de fièvre, la convalescence se prononce, et il sort, guéri de son ophthalmie chronique, après avoir fait usage des pilules de ciguë et de calomélas, le 17 mai 1836.

Les deux exemples suivans ne diffèrent de ceux que nous avons rapportés que par l'intensité des symptômes; ils ont, du reste, succédé l'un et l'autre, à l'application d'un séton à la nuque, et se sont développés à la même époque. Il régnait alors dans l'établissement une prédisposition remarquable à l'érysipèle.

CINQUIÈME OBSERVATION.

E***, fusilier au 42e de ligne, entra à l'hôpital militaire de Strasbourg, le 10 mai 1836. Ce militaire, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution assez faible, âgé de vingt-trois ans, était atteint, depuis deux mois, d'une ophthalmie double, contre laquelle avaient été employés vainement les antiphlogistiques locaux et les révulsifs sur le canal intestinal. Un séton fut alors appliqué à la nuque; et déjà l'on observait une amélioration sensible dans l'état des organes de la vision, lorsque le malade fut pris d'une inflammation érysipélateuse intense à la nuque.

Rougeur s'étendant jusque derrière les oreilles, très foncée, et ne disparaissant qu'imparfaitement par la pression ; douleur brûlante, chaleur sèche et âcre, légère tuméfaction, pouls fréquent, langue sèche et jaunâtre, soif modérée : aucune douleur à l'abdomen, ni à l'épigastre ; constipation.

La diète, les boissons adoucissantes, deux lavemens purgatifs et les fomentations de sureau suffirent pour triompher, en moins de huit jours, de cet érysipèle, qui eut une influence heureuse sur l'ophthalmie chronique.

SIXIÈME OBSERVATION.

L***, chasseur au 16e léger, entra à l'hôpital militaire le 11 avril 1836. Ce militaire, d'un tempérament lymphatique, quoique d'une constitution assez forte, était alors atteint d'une conjonctivite aiguë très intense, du côté droit : soumis à un traitement antiphlogistique énergique (saignée de huit onces et sangsues appliquées à différentes reprises), il ne tarda pas à éprouver une grande amélioration. Cependant l'œil conservait une teinte rougeâtre prononcée, et la maladie, malgré les vésicatoires placés à la nuque et derrière les oreilles, tendait à passer à l'état chronique ; bien plus, en examinant l'œil, le 20 mai,

on s'aperçut qu'il se formait un ulcère à la partie externe de la cornée; le cylindre de nitrate d'argent y fut promené légèrement à différentes reprises, le tout sans procurer d'amélioration sensible.

Le 12 juin, un séton est placé à la nuque; le 15, un érysipèle s'y développe, et ne tarde pas à envahir la joue gauche. En même temps, la fièvre s'allume, et des phénomènes gastriques se développent : langue sèche et jaunâtre, anorexie, soif vive, douleur à l'épigastre. — Quinze sangsues aux angles de la mâchoire inférieure, et quinze autres à l'épigastre; fomentations émollientes sur l'abdomen, fomentations de sureau sur l'érysipèle. — Diète, boissons adoucissantes.

Le 16 juin, l'érysipèle a fait des progrès; l'état général est le même; il s'y joint une céphalalgie intense. — Sinapismes aux extrémités inférieures, boissons adoucissantes; mêmes prescriptions locales.

Le 17, à peu près même état que la veille. — Mêmes moyens.

Le 18, amélioration sensible.

Le 21, l'érysipèle est guéri; mais l'œil gauche est rouge, et l'ulcération de l'œil droit fait des progrès.

Le 26, pilules de ciguë et de calomélas : salivation.

Le 20 juillet, l'ulcère de la cornée est cicatrisé; il ne reste à l'œil qu'un peu de rougeur, sans douleur ni susceptibilité; et comme la constitution a éprouvé une forte atteinte, à la suite du long séjour à l'hôpital, le malade est envoyé en convalescence, le 9 août.

Réflexions.

Un fait important pour la thérapeutique ressort des observations que nous venons de rapporter : c'est l'efficacité constante du traitement antiphlogistique, et des applications locales contre les érysipèles qui se sont présentés dans le service des blessés depuis quatre ans. Qu'on se garde de croire, en effet, que les succès obtenus par cette médication se bornent à ceux que nous avons mentionnés, leur nombre s'élève à plus de soixante, à ne consulter que les cahiers de clinique depuis 1834. Ce résultat est d'autant plus remarquable, qu'un des organes estimés de la presse médicale proclame que jamais question ne fut plus controversée que celle relative à la nature et au traitement de l'érysipèle (1), et que MM. Chomel et Blache affirment que les parties affectées d'inflammation érysipélateuse supportent impatiemment le contact des topiques, même les plus

(1) *Gazette médicale*, t. II, p. 649.

doux (1). Comment concilier les opinions de ces écrivains avec les bons effets que nous avons *constamment* obtenus des fomentations de sureau, soit dans l'érysipèle traumatique, soit dans l'érysipèle bilieux? Et remarquons que, parmi nos malades, il en était de très gravement atteints; chez le sujet de l'observation n° 4, par exemple, la rougeur était tellement prononcée, qu'elle ne disparaissait pas sous la pression du doigt, caractère signalé comme annonçant que l'érysipèle est profond.

Loin donc de discréditer les applications topiques dans le traitement de l'érysipèle, nous proclamons, en nous appuyant sur une large expérience, qu'unies au traitement antiphlogistique, aux évacuations sanguines proportionnées à l'intensité de la maladie et à la force des sujets, elles constituent un moyen précieux de guérison de cette phlegmasie.

Ce n'est pas que nous ignorions tout ce qu'ont écrit, contre l'opportunité des évacuations sanguines générales et locales, des praticiens d'un grand mérite; mais, outre que rien ne semble plus rationnel que de saigner dans une maladie inflammatoire, les faits ne démontrent-ils pas, chaque jour, que l'ouverture de la veine suffit souvent

---

(1) *Dict.* en 21 vol., t. XII, p. 236.

pour faire obtenir la guérison d'érysipèles graves ? et Renauldin (1), Rayer (2), Chomel et Blache (3), Serres (4), Bouillaud (5), Robouam (6) n'ont-ils pas établi la supériorité de ce moyen, malgré les faits malheureux observés par MM. Velpeau (7) et Bally (8). A en croire ce dernier médecin, ce serait surtout dans l'érysipèle de la face qu'il faudrait se garder de toute évacuation sanguine générale ou locale : proposition, à notre avis, pour le moins étrange, car nous avons presque toujours remarqué que l'emploi de ce moyen était alors suivi d'amélioration, même chez les individus qui finissent par succomber à la gravité du mal. On sait d'ailleurs les succès qu'en a obtenus M. Lisfranc à l'hospice de la Pitié, et nous avons vu ce chirurgien, contrairement à des opinions encore caressées, prescrire l'application de 30 ou 40 sangsues sur l'érysipèle même. Quant aux scarifications, recommandées par Dobson et Bright, nous les avons vues em-

(1) *Loco citato*, p. 265.
(2) *Loc. cit.*, p. 159.
(3) *Loc. cit.*, p. 236 et 241.
(4) *Arch. gén.*, t. X, p. 584.
(5) *Journal hebd.*, t. III, p. 181.
(6) *Nouv. Biblioth. méd.*, t. III, p. 406.
(7) *Lancette franç.*, t. V, p. 105.
(8) *Annuaire méd. chirurg.*, 1827, p. 279.

ployées une fois en 1832; mais le résultat n'en fut pas avantageux. Nous en dirons autant des ventouses scarifiées, recommandées par M. Poirson (1), et dont feu M. Béclard avait fait plusieurs fois usage sans aucun succès.

Que penser, après cela, de la méthode dite répercussive (2), de la méthode dérivative, de la méthode ectrotique (3), de la méthode évacuante et perturbatrice, de la méthode tonique, de la méthode compressive, de la méthode divisante (4), et de la méthode mercurielle, tour à tour préconisées contre l'érysipèle? A l'exemple de quelques chirurgiens, dirons-nous qu'elles ont toutes une égale valeur, et qu'elles peuvent être opposées avec avantage au traitement antiphlogistique. A Dieu ne plaise que nous commettions une semblable hérésie thérapeutique. A nos yeux, en effet, ces méthodes, si tant est qu'il faille leur donner ce nom, sont exceptionnelles, et ne sauraient qu'exceptionnellement aussi remplacer la méthode antiphlogistique. Conçoit-on, en effet, tout le danger auquel on exposerait un malade atteint d'une inflammation érysipélateuse, en ap-

---

(1) *Gazette méd.*, t. III, p. 752.

(2) *Lancette franç.*, 1831, t. V, p. 313.

(3) *Arch. génér.*, 1833, t. I, p. 493.

(4) *Clinique des hôpitaux*, t. Ier, n° 80, p. 4, n° 82, p. 2.

pliquant sur l'endroit enflammé une fomentation froide composée de deux onces d'esprit de froment à 15°, mêlées à seize onces d'eau (1)? Ce moyen pourtant, dira-t-on, a guéri. Ne serait-il pas plus vrai de dire que la guérison a eu lieu malgré son emploi, et par suite de l'application des sangsues, faite antérieurement? Le camphre, dont M. Gama dit avoir eu à se louer dans quelques cas, ne nous paraît pas non plus devoir rallier un grand nombre de partisans, malgré l'innocuité dont M. Malgaigne le prétend doué (2). A plus forte raison rejetterons-nous l'application d'eau de Goulard, avec une faible addition de teinture alcoolique d'opium, que Chelius conseille d'après Rust (3).

Quant au liniment de Kentisch, au fer incandescent, aux sinapismes, au vésicatoire, qui semblent composer, en quelque sorte, la méthode dite dérivative, on conçoit qu'il est permis d'en espérer des résultats avantageux, sauf, toutefois, le liniment de Kentisch, composé d'un mélange d'onguent-basilicum et d'huile essentielle de térébenthine, que nous n'avons jamais vu employer, et dont nous conseillerions difficilement l'usage, malgré les succès que le docteur Meigs

(1) *Arch. gén.*, 1833, p. 493.

(2) *Gazette méd.*, t. III, p. 382.

(3) *Traité de Chirurgie*, t. I, p. 36.

dit en avoir retirés (1). Ceux qui suivent la pratique de M. Larrey savent quels avantages cet illustre chirurgien retire de l'application du fer incandescent (2), moyen déjà signalé par Pelletan comme un puissant révulsif de l'érysipèle.

M. Bégin l'a employé plusieurs fois avec le plus grand succès. Il en est de même du sinapisme appliqué loin du siége du mal, et l'on a pu voir dans l'observation n° 6 les bons effets que l'on en a obtenus; rien, d'ailleurs, ne paraît plus rationnel que l'emploi d'un semblable moyen, déjà recommandé par Tissot, qui a vu attirer sur les jambes, au bout de quatre heures, un érysipèle qui couvrait le nez et les yeux (3). Reste donc le vésicatoire, dont l'usage paraît remonter aux Italiens, du moins à en croire la traduction de la chirurgie d'Heister, par le docteur Garcia-Vas-Quez. N'ayant jamais eu occasion de voir employer ce moyen, nous nous tairons sur son efficacité, bien que nous n'ignorions pas, cependant, qu'il a été préconisé par des hommes d'un grand mérite, tels que Dupuytren, Lawrence (4), Delpech, Récamier, Alibert (5) et Le-

---

(1) *The Arno, med. and surg. Journ.*

(2) *Clinique chirurg.*, t. I, p. 64.

(3) *Loc. cit.*, p. 354.

(4) *La Clinique des hôpit. et de la ville*, t. I, n° 80.

(5) *Ann. med. chir.*, p. 290, 1828.

pelletier de la Sarthe, auquel on doit une assez bonne monographie de l'érysipèle. Quant à la méthode ectrotique, recommandée par les docteurs Higginbottom (1), Tanchou (2), Casenave et Schedel (3), Alibert (4), nous la croyons, avant tout, dangereuse, et nous nous garderions bien d'y avoir recours ou d'en conseiller l'usage. Nous en dirons presque autant des vomitifs et des purgatifs, malgré le respect que nous portons à la mémoire de Stoll (5) et de Desault, et les succès que disent en avoir obtenus MM. Chrestien (6), Émery, de l'hôpital Saint-Louis, et plusieurs autres médecins recommandables : notre répugnance, du reste, est fondée sur les résultats ordinairement défavorables de l'administration du tartre stibié ou de l'ipécacuanha. Loin de favoriser la résolution de la maladie, nous avons presque toujours vu, même dans les érysipèles à prédominance bilieuse, ces substances augmenter la violence des symptômes locaux aussi bien que des réactions sympathiques de l'érysipèle. Que dire de l'emploi des toniques à l'intérieur, de l'administration du quin-

---

(1) *Journ. des Progrès*, t. VI, p. 266.
(2) *Lancette franç.*, t. V, p. 120.
(3) *Loc. cit.*, p. 25.
(4) *Loc. cit.*, p. 44.
(5) *Méd. prat.*, t. I, p. 418.
(6) *Gazette méd.*, t. I, p. 554, 1833.

quina et du vin, recommandé par Selle, et dont Stoll (1), Fordice (2), Travers (3) ont fait l'éloge; que dire, si ce n'est que la nature, plus sage que nous, guérit souvent, malgré les moyens les plus intempestifs et les médications les plus irrationnelles? Si nous passons sous silence la méthode compressive et la méthode divisante, c'est que nous croyons la dernière très dangereuse, malgré les éloges que lui accorde M. Lawrence, et que la compression est plus spécialement recommandée contre l'érysipèle phlegmoneux. Cependant, nous l'avons vue réussir chez un malade de l'hôpital civil, atteint d'un érysipèle simple à la jambe, auquel M. Bégin fit appliquer un bandage roulé, imbibé d'infusion de sureau. Vient enfin la méthode mercurielle, employée depuis fort longtemps aux États-Unis, et qui, à en croire M. Ricord, lui aurait procuré tant de succès, qu'il pense faire un acte de conscience en la recommandant. En effet, sur cent seize malades, ce chirurgien n'en aurait perdu que deux; encore, ces individus étaient-ils si gravement atteints, que c'est bien moins l'érysipèle que la carie des os du crâne et l'ablation des trois quarts du maxillaire

---

(1) *Loc. cit.*, p. 418.

(2) Sydenham, *Médecine pratique.*

(3) *Clinique des hôpitaux*, t. Ier, p. 4.

inférieur qui ont déterminé la mort. A Dieu ne plaise que nous mettions en doute les avantages obtenus par M. Ricord; mais il nous sera permis de lui demander quel degré de gravité présentaient les cent quatorze érysipèles dont il a obtenu la guérison, et si les onctions mercurielles ont été employées seules ou conjointement avec d'autres médicamens. M. Ricord, il est vrai, ajoute qu'il a traité de la sorte les érysipèles de la face, du derme chevelu, du tronc, des mamelles, des organes génitaux; mais la gravité de ces érysipèles n'est pas suffisamment constatée. Nous savons bien que MM. Marloy (1), Aurio (2), Casimir Broussais (3), Lisfranc, ont aussi préconisé leur emploi; mais, à notre avis, il en est de leur usage comme de celui de l'axonge, recommandé par M. Martin Solon (4) et Barthez (5), c'est à dire que, dans la grande majorité des cas, le traitement antiphlogistique doit leur être préféré, et qu'il ne faut y avoir recours que lorsque ce dernier est insuffisant. Leur action, alors, nous semble devoir être d'autant plus efficace, que la

---

(1) *Lancette franç.*, t. VII, p. 27.

(2) *Idem*, t. VIII, p. 28.

(3) *Idem*, t. VII, p. 81.

(4) *Idem*, t. V, p. 217.

(5) *Rec. de Méd. et de Chir. milit.*, t. XXXVI, p. 264.

maladie est en partie dégagée de son élément inflammatoire : c'est du moins ce dont nous avons eu occasion de nous convaincre dans l'observation suivante :

M. R***, colonel de l'ancienne armée, avait été pris d'un érysipèle traumatique, à la suite d'une piqûre faite à l'oreille gauche : appelé le deuxième jour, nous trouvâmes tout le côté droit du visage envahi par la maladie, le pouls à 96; il y avait de la céphalalgie et une tendance prononcée au sommeil. Nous prescrivîmes une saignée générale de dix onces, et l'application de quinze sangsues. La somnolence disparaît, mais l'érysipèle continue à faire des progrès. Une nouvelle saignée, pratiquée le surlendemain, fit tomber le mouvement fébrile. Nous étions alors au sixième jour de la maladie, et l'appareil fébrile étant en grande partie dissipé, nous nous décidâmes, mon savant ami, le professeur Forget et moi, à faire recouvrir la partie érysipélateuse d'onguent mercuriel double récemment préparé; le malade en éprouva du soulagement, et la guérison, déjà très avancée, ne se fit pas attendre. Reste à savoir si les onctions mercurielles, employées dès le début, et avant les saignées générales et locales, eussent procuré le bien-être dont elles ont été suivies plus tard? Nous en doutons d'autant plus, que c'est surtout dans les éry-

sipèles de la tête et de la face qu'il importe de recourir de bonne heure aux émissions sanguines générales et locales, et ici encore nous en appelons aux faits passés récemment sous nos yeux. Sur plus de vingt érysipèles traités de cette manière à l'hôpital militaire, nous n'en avons perdu qu'un seul, survenu durant le cours de phénomènes typhoïdes; encore est-il vrai de dire que les paupières n'étaient pas le siége d'un gonflement considérable ; circonstance sur laquelle nous n'insistons que pour rappeler le peu de fondement des idées de M. Piorry, et de l'erreur dans laquelle on tomberait, si l'on croyait pouvoir toujours juger de la gravité de l'érysipèle à la face par l'inflammation de l'orbite. Nous avons, d'ailleurs, fait remarquer, dans le temps (1), à cet habile praticien, que souvent, dans la variole, les paupières sont énormément tuméfiées et en pleine suppuration, sans que pourtant l'encéphalite soit manifeste; Bichat, au reste, avait déjà appelé l'attention des médecins sur la facilité avec laquelle l'inflammation se propage au cerveau par le tissu cellulaire de l'orbite.

Terminons ces considérations sur l'érysipèle par quelques exemples d'érysipèles phlegmoneux observés dans notre établissement et dont l'un a été suivi de mort.

---

(1) *Gazette médicale*, t. Ier, 1833, p. 346.

SEPTIÈME OBSERVATION.

Érysipèle phlegmoneux au membre inférieur du côté droit. Mort du sujet.

L***, soldat au 1er escadron du train des parcs, âgé de vingt-six ans, d'un tempérament sanguin, d'une constitution athlétique, reçut, le 13 juillet 1832, un coup de pied de cheval à la partie antérieure et moyenne de la jambe droite.

Une plaie peu large, mais profonde, en étant résultée, il entra aussitôt à l'ambulance, où des pansemens simples avaient suffi pour procurer une guérison presque entière; lorsque, le 6 août, ayant eu l'imprudence d'exposer sa jambe au soleil, il y ressentit, vers le soir, un prurit désagréable bientôt suivi du développement d'un érysipèle des plus douloureux, pour lequel il entra le surlendemain à l'hôpital, présentant les symptômes suivans :

Tuméfaction considérable de la jambe; rougeur vive de toute la partie enflammée; sentiment de pesanteur, état pâteux de la peau, chaleur brûlante et pongitive, pouls fréquent, langue sèche, soif vive, céphalalgie intense; abdomen douloureux à la pression, urines rares et briquetées, rêvasseries. *Prescription* : saignée de dix onces, trente sangsues, fomentations émollientes, bain

général : diète, limonade, potion gommeuse.

Le 9 août, nuit mauvaise, délire loquace, face rouge, yeux animés, pouls fréquent et dur. L'addomen a cessé d'être douloureux. Tension plus forte de la jambe érysipélateuse, douleurs vives, sentiment d'étranglement; frissons fréquens. — Saignée de douze onces, vingt sangsues; diète, limonade, potion gommeuse, lavement laxatif, fomentations émollientes.

Le 10, nuit agitée, délire loquace, soif moins vive. Cependant l'érysipèle fait des progrès et envahit la cuisse; commencement de phlyctène au genou. — Fomentations émollientes, limonade, potion gommeuse.

Le 11, nuit agitée, délire loquace, soif vive, céphalalgie intense, pouls à cent dix-huit; l'érysipèle, qui marche avec une rapidité effrayante, a gagné presque toute la cuisse : douleurs intolérables.

On propose au malade de faire des incisions multipliées; il s'y refuse avec opiniâtreté : même prescription. Le soir, cessation des douleurs, pouls moins fréquent; léger météorisme du ventre.

Le 12, nuit assez calme, abdomen douloureux, langue sèche et rouge, pouls fréquent et serré, soif vive. — Quinze sangsues sur l'abdomen, le malade s'obstine à ne pas vouloir qu'il lui soit pratiqué d'incisions. — Limonade, potion

gommeuse, fomentations émollientes sur l'abdomen, fomentations résolutives sur l'érysipèle.

Le 13 août, nuit moins agitée, pouls moins fréquent, céphalalgie intense, tuméfaction considérable de la jambe et de la cuisse; il ne peut plus y avoir de doute sur l'existence de fusées purulentes, et, malgré le refus du malade, on pratique quatre incisions de peu d'étendue, deux à la cuisse et deux à la jambe : il en sort une énorme quantité de pus sanieux. Ce liquide entraîne avec lui des lambeaux ramollis de tissu cellulaire mortifié. Après l'écoulement, le membre a perdu de son volume, mais les symptômes généraux persistent.

Le 14 août, pouls à quatre-vingt-seize, céphalalgie, langue sèche, soif vive, abdomen douloureux à la pression; l'érysipèle gagne la partie inférieure du ventre; persistance de l'écoulement du pus. — Légère compression sur tout le membre inférieur, diète, limonade, potion gommeuse, lavement émollient.

Le 15 août, les progrès de l'érysipèle sont arrêtés; le pouls reste cependant à quatre-vingt-seize; et bien que la céphalalgie soit moindre, la langue moins sèche, la soif moins vive, l'écoulement est toujours abondant, l'insomnie persiste, et l'on remarque une tendance prononcée

au délire loquace. — Compression sur tout le membre; limonade, potion gommeuse.

Le 16 août, les symptômes généraux s'apaisent, mais l'écoulement est abondant, et le malade s'affaiblit beaucoup; l'érysipèle paraît borné. — Diète, limonade, potion gommeuse.

Les 17 et 18, même prescription.

Le 19 août, plus de céphalalgie, langue humide, abdomen indolore, selles naturelles; le malade a recouvré un peu de sommeil; il sent de l'appétit; suppuration abondante; la peau semble décollée en plusieurs endroits. — Bouillon maigre et pruneaux, limonade, potion gommeuse.

Le 20, plus de fièvre, mais faiblesse extrême. Les pansemens sont renouvelés trois fois par jour. — Bouillon gras et pruneaux.

Les 21 et 22, même état; décollement de la peau dans une assez grande partie de son étendue; faiblesse extrême : — extrait de quinquina, douze grains; soupe, riz au lait et pruneaux; limonade vineuse.

Les 23 et 24, la faiblesse du malade augmente; une nouvelle incision est pratiquée à la partie moyenne de la jambe; on continue la compression. — Quart, côtelette, vin rouge; extrait de quinquina, douze grains; vin sucré, deux onces.

Le 26 août, le malade s'affaiblit de plus en plus; sueurs nocturnes; un peu de diarrhée. — Soupe, riz au lait; eau de riz gommée, lavement opiacé, potion gommeuse.

Les 27, 28 et 29, même état; persistance de la diarrhée, amaigrissement progressif, jusqu'au 28 septembre, jour de la mort.

Autopsie du cadavre.

Le corps est dans un état de marasme complet.

Cerveau et méninges : rien de particulier.

Poitrine : quelques adhérences entre les poumons et les plèvres : du reste, les organes respiratoires et circulatoires sont sains.

Abdomen : un peu de rougeur au grand cul-de-sac de l'estomac. Le duodénum et le jéjunum n'offrent rien de remarquable; mais l'iléon présente, vers la valvule iléo-cæcale, un grand nombre de plaques d'un rouge brun, que le lavage ne fait pas disparaître; l'examen le plus attentif ne permet d'y reconnaître aucune trace d'ulcération, récente ou ancienne.

Les mêmes caractères se retrouvent au dessus de la valvule iléo-cæcale; dans le colon transverse, existent des érosions en assez grand nombre.

Le foie est gorgé de sang; la rate est un peu ramollie; les organes génito-urinaires sont sains.

Examen du membre malade : la cuisse et la jambe, quoique de beaucoup diminuées, sont plus volumineuses encore que celles du côté opposé. La peau, décollée dans une assez grande étendue, surtout à la partie moyenne et interne de la cuisse, n'est cependant point tombée en mortification. Il est vrai qu'il existe encore çà et là des adhérences qui l'unissent aux parties sous-jacentes; on en rencontre également sous la peau décollée de la jambe.

Le pus sort en assez grande quantité à travers les incisions faites au membre, et on le voit s'échapper par la pression des interstices musculaires, disséqués, en quelque sorte, par le contact de ce liquide. Les muscles sont pâles, décolorés, ramollis; en plusieurs endroits, leurs fibres semblent réduites en bouillie. Le désordre local est si considérable, que l'on ne comprend pas comment la peau ne s'est pas mortifiée. Les ganglions de l'aine sont engorgés, et plusieurs d'entre eux renferment des foyers de suppuration.

Réflexions.

La maladie à laquelle a succombé le sujet de l'observation précédente est une des plus graves parmi les affections chirurgicales. Décrite généralement sous le nom d'érysipèle phlegmo-

neux (1), elle a reçu de Dupuytren celui de *phlegmon diffus*, et semble avoir été souvent méconnue, malgré sa fréquence et sa gravité. Du moins a-t-on lieu de s'étonner que Boerhaave, Cullen, Callisen, Lassus et même Desault, ne lui aient consacré que quelques lignes, et se soient bornés à recommander de l'attaquer par un traitement mixte, c'est à dire qui tienne à la fois de celui de l'érysipèle et de celui du phlegmon. On a pu voir, cependant, avec quelle rapidité se déclarent, pendant son cours, des symptômes du plus mauvais présage, et l'on pressent quelle vigueur de thérapeutique il convient d'opposer à une maladie aussi redoutable, si l'on veut s'en rendre maître, alors surtout qu'elle se présente avec les caractères d'intensité qu'elle a offerts dans l'exemple que nous venons de rapporter. Ce n'est pas assez alors de l'emploi, même énergique, des moyens antiphlogistiques ordinaires : les émissions sanguines générales et locales, les topiques émolliens, très propres à modérer le mouvement inflammatoire dans la première période, ne suffisent plus, lorsque l'inflammation s'étend aux surfaces profondes, que le sentiment de tension et d'étranglement augmente, que les symptômes

---

(1) Patissier, *Essai sur l'érysipèle phlegmoneux*, p. 5, Andral, *Clin. méd.*, t. III, p. 255; Rayer, *loc. cit.*, p. 157.

généraux, au lieu de diminuer, s'accroissent progressivement, et que tout fait craindre la formation du pus : il faut alors recourir aux incisions multipliées, portées jusqu'au tissu lamelleux sous-aponévrotique, afin de mettre au plus vite le pus en communication avec l'extérieur, et d'éviter qu'il ne détruise les parties profondes du membre. Il est à regretter que L*** n'ait pas consenti à se laisser traiter de la sorte, alors qu'on le lui proposa pour la première fois. Les incisions, en effet, constituent le meilleur procédé à opposer au phlegmon diffus, parvenu au second degré (1), c'est à dire que l'empâtement œdémateux remplace l'endurcissement phlegmasique : elles sont bien autrement efficaces que la compression, vantée dans ces derniers temps (2), mais qui ne doit être employée qu'exceptionnellement, et à plus forte raison que les onctions mercurielles, voire même le vésicatoire, appliqués sur le centre de l'érysipèle, etc. Malgré ce qui est généralement admis concernant les avantages obtenus par Dupuytren, à l'aide de ce der-

---

(1) Patissier, *loc. cit.* Cet écrivain a distingué trois degrés dans l'érysipèle phlegmoneux, division qui nous paraît utile pour le diagnostic surtout, et les applications thérapeutiques.

(2) *Annuaire médico-chirurgical*, 1827, p. 360.

nier moyen, il avouait que lorsque les symptômes persistent et s'aggravent, il n'ose plus conseiller les vésicatoires : Nous en avons, dit-il, obtenu des effets si différens, que nous craindrions alors d'y recourir. « Nous sommes *bien aise d'insister sur ce point, car on a beaucoup exagéré, dans des thèses et des ouvrages, les succès que nous en avons obtenus* (1). » On voit, par cette citation, comment se perpétuent les cancans scientifiques, s'il nous est permis de nous exprimer ainsi.

HUITIÈME OBSERVATION.

Érysipèle phlegmoneux au premier degré ; antiphlogistiques. Guérison.

P***, ouvrier d'administration, âgé de vingt-sept ans, d'un tempérament sanguin, entre à l'hôpital militaire de Strasbourg, le 27 août 1834.

Ce militaire, après s'être baigné la veille dans l'après-midi, et être resté exposé, pendant quelque temps au soleil, avait ressenti, le soir même, une démangeaison douloureuse à l'avant-bras droit.

Durant la nuit, la douleur augmenta, et le lendemain matin la partie était d'un rouge intense,

---

(1) *Leçons orales*, t. II, p. 321.

et le siége d'une chaleur brûlante. Bientôt le membre se tuméfia, et le malade fut envoyé à l'hôpital, où il présentait les symptômes que nous venons de décrire, et, de plus, les phénomènes généraux suivans : Pouls fréquent et plein, langue sèche et rouge, soif assez vive, céphalalgie, urines rares et briquetées.—Saignée de douze onces, quinze sangsues autour de l'érysipèle, fomentations émollientes; diète, limonade, potion gommeuse.

Le 28 août, nuit agitée, rêvasseries; pouls aussi fréquent et toujours plein; langue très sèche, soif vive, céphalalgie intense. — Saignée de dix onces, fomentations émollientes sur l'abdomen, cataplasme émollient sur le membre, limonade, potion gommeuse, lavement émollient.

Le 29, nuit calme, amélioration sensible dans l'état local; rougeur moins vive, chaleur moins brûlante, douleur moins intense de l'avant-bras, pouls moins fréquent et moins dur, langue moins sèche, soif et céphalalgie moins intenses. —Diète, limonade, potion gommeuse, lavement émollient.

Le 30, même état à peu près que la veille; même prescription.

Le 31, la rougeur gagne le coude et le bras; mais elle disparaît à la partie inférieure de l'avant-bras; pouls moins fréquent, langue légè-

rement humide, soif modérée, céphalalgie légère, selles naturelles. — Diète, limonade, potion gommeuse; fomentations de sureau sur l'érysipèle.

Le 1er juin, même état que la veille; l'érysipèle n'a point fait de progrès, et la résolution s'opère à la partie inférieure de l'avant-bras; l'appétit se prononce. — Bouillon maigre et pruneaux; fomentations de sureau.

Le 2, langue moins humide, un peu de céphalalgie; rougeur plus vive de l'extrémité supérieure de l'avant-bras, qui est le siége d'une douleur assez intense.—Diète, limonade, potion gommeuse, cataplasme émollient.

Le 3, la rougeur et la douleur ont considérablement diminué; plus de céphalalgie, langue humide.

Le 4, la résolution se manifeste sur tous les points; appétit prononcé. — Bouillon gras et pruneaux; limonade, potion gommeuse, fomentations de sureau.

Le 5, le malade est en convalescence, et sort guéri le 21 du même mois.

Il n'est pas nécessaire d'insister, je pense, sur les caractères qui rangent cette inflammation érysipélateuse dans la classe des érysipèles phlegmoneux. La chaleur brûlante, la rougeur intense, mais surtout le gonflement remarquable de la

partie qui en était le siége, ne permettent pas de conserver le plus léger doute à cet égard. Il n'est pas rare de voir des symptômes gastriques se joindre, dans les cas de ce genre, aux phénomènes généraux; de là aussi le conseil donné par quelques auteurs, et par Dupuytren lui-même (1), de recourir, suivant les symptômes, à un vomitif ou à un purgatif, médication sur les dangers de laquelle nous avons eu dejà occasion de nous prononcer, et dont, par conséquent, nous nous croyons dispensé de discuter de nouveau la valeur.

ARTICLE II. — PLAIES EN GÉNÉRAL.

Nous n'avons rien de particulier à mentionner touchant cette classe de maladies : la réunion par première intention est depuis trop longtemps adoptée, contre les solutions de continuité récentes, pour que nous ajoutions des faits nouveaux à ceux si nombreux qui ont mis ses avantages hors de doute. Cependant nous devons faire remarquer, à propos des bandelettes agglutinatives, qui, dans la grande majorité des cas, constituent les moyens de réunion des plaies, que, depuis l'arrivée de M. Bégin, on donne à ces bandelettes une longueur beaucoup plus grande

(1) *Loc. cit.*, p. 320.

qu'auparavant, et qu'on les dispose ordinairement même de manière à entourer complètement la partie blessée. M. Bégin est arrivé à substituer, dans les bandages unissans des plaies, tels qu'ils sont généralement décrits par les auteurs, les bandes de diachylon aux bandes ordinaires, ce qui les rend inamovibles dans toute l'acception du mot. C'est là un progrès réel, et qu'il importe de reconnaître ; car la réunion des surfaces divisées s'en trouve à la fois singulièrement facilitée et affermie ; et non seulement le rapprochement se fait alors aisément et d'une manière stable ; mais encore les inflammations deviennent moins fréquentes, de plus grandes surfaces se trouvant embrassées, doucement comprimées et soustraites au contact de l'air. M. Gama surtout a insisté sur les avantages que présente ce mode de pansement à la suite des plaies de tête, et ils ne sont pas moins incontestables dans tous les autres cas.

Parmi les solutions de continuité récentes qui se sont offertes à notre observation, il en est quelques unes qui ont réclamé l'emploi de la suture, et dont la guérison s'est opérée sans aucun obstacle. Les détails qui s'y rapportent ne sauraient dès lors trouver place ici ; nous passons également sous silence quelques plaies remarquables avec lésion des parties osseuses, guéries par première

intention, entre autres des divisions de phalange à la suite de coups de sabre; car ces faits, bien qu'ils aient été signalés à l'attention des élèves, sont moins extraordinaires que ceux que l'on doit à MM. Balfour (1), Barthélemy (2), Piédaguel (3), Velpeau (4), Lamotte (5) et beaucoup d'autres.

Quant aux moyens employés pour arrêter les hémorrhagies à la suite des solutions de continuité récentes, lorsque l'écoulement sanguin était abondant et provenait de quelque tronc artériel notable, on a toujours eu recours à la ligature. M. Bégin a, contre la compression, une prévention invincible; il ne l'emploie que dans les cas de suintement peu considérable, et lorsque la disposition spéciale des parties favorise ses effets. Hors cette circonstance, il découvre les troncs artériels et les lie. Jamais la torsion n'a été mise par lui en usage; et nous avouons, pour notre part, que nous sommes loin de partager l'avis de ceux qui croient ce moyen appelé à des destinées brillantes. Quelque vertu qu'on lui attribue, nous

---

(1) *The London medical, gas.* Paris, 31 août 1828.

(2) *Lancette française.*

(3) 36. *Bulletin de la Société anatomique.*

(4) *Gazette médicale*, n° 2, 1837, séance de l'Académie royale de médecine.

(5) T. II, obs. CCCLXXXIII-XIV, XV, XVI.

n'hésiterions pas à taxer de témérité le praticien assez imprudent pour se reposer sur lui, dans les cas graves, du salut des blessés. Les accidens qui ont suivi l'emploi de ce moyen suffisent, quelque peu nombreux qu'on les suppose, pour commander une sage réserve.

Plaies d'armes à feu.

Les plaies d'armes à feu, toujours rares dans les hôpitaux de l'intérieur, ont cependant fourni l'occasion de faire quelques remarques pratiques d'un intérêt puissant. Quelques personnes ont, dans ces derniers temps, cherché à mettre en doute l'utilité des débridemens à la suite de ces blessures; et l'auteur du traité de clinique le plus récent sur cette matière s'est rangé à cette opinion, professée d'ailleurs par Botal, et empruntée aux chirurgiens de la Grande-Bretagne (1), ainsi qu'on peut s'en convaincre en parcourant le savant ouvrage de Samuel Cooper (2). Toutefois nous devons dire que, dans les cas, rares à la vérité, de plaies d'armes à feu que nous avons observés, les débridemens ont toujours été avantageux; bien plus, M. Bégin professe cette opi-

---

(1) Hunter, *Treatise on the blood inflammation, and gun-shotwounds*, pag. 529.

(2) *Dictionnaire de chirurgie pratique*, t. II, p. 322.

nion que, loin d'augmenter généralement l'inflammation, ils la diminuent, dans la plupart des cas, par la saignée locale qu'ils procurent, et surtout en prévenant l'étranglement des parties Il rapporte en foule des exemples à l'appui de cette doctrine, sanctionnée par les travaux de Percy, de M. Larrey et de tout ce que la chirurgie militaire a produit d'illustre pendant nos quarante ans de guerre. Chargé, peu de jours après la bataille de Dresde, de porter des secours à des blessés rassemblés en grand nombre à Gross-Garten, M. Bégin trouva ces malheureux, auxquels on n'avait eu le temps, jusque-là, que d'appliquer des appareils incomplets, dans un état de souffrance fébrile et de vive agitation; surpris de ce concert de plaintes, il en reconnaît la cause dans la tuméfaction inflammatoire des membres, augmentée par l'absence des débridemens; il pratique aussitôt, à la plupart d'entre eux, des incisions proportionnées à la gravité des blessures, extrait les corps étrangers que plusieurs portaient encore, et, le soir même, l'amélioration était sensible.

Ce n'est pas qu'il faille faire de l'incision une règle absolue; et M. Bégin ne néglige pas de le reconnaître. Nulle part, moins qu'en médecine, il n'existe de précepte sans exception; mais l'exception, loin d'infirmer la règle, la confirme; et

bien que, dans plus d'une circonstance, nous nous rangions à l'avis de Botal et des Anglais, nous croyons que, considérée d'une manière générale, l'indication du débridement est bonne et doit être suivie.

En ce moment encore, nous avons dans nos salles de blessés un sous-officier, jeune et d'une constitution irritable, qui a reçu une balle de pistolet à la partie postérieure et moyenne de l'avant-bras, chez lequel un débridement modéré, pratiqué aussitôt après son arrivée, a prévenu le développement d'une inflammation traumatique, trop fréquente en pareille circonstance. Le projectile, d'un très petit volume, après avoir pénétré par la partie postérieure de l'avant-bras, et avoir traversé le ligament inter-osseux, paraît s'être logé dans la face palmaire du membre, où il a été imposible de le découvrir, malgré toutes les recherches dont il a été l'objet. Il n'existe qu'une seule ouverture; la balle n'est pas ressortie avec les vêtemens, et l'on entend parfois, durant les mouvemens de supination et de pronation qu'on imprime à la main, un craquement qui semble dû au frottement d'un corps solide sur l'une des surfaces osseuses correspondantes. Le toucher, la sonde et tous les autres moyens d'investigation ne faisant rien découvrir, M. Bégin ne crut pas devoir multiplier les incisions et les

recherches dans une région aussi abondamment pourvue que l'avant-bras, d'organes importans aux mouvemens, à la sensibilité et à la nutrition des parties; il crut plus prudent d'abandonner le travail curatif à la nature, en se bornant à le surveiller. Ce militaire va très bien, et tout fait supposer qu'il ne tardera pas à sortir de l'hôpital, conservant le corps étranger jusqu'à ce qu'un mouvement favorable en opère le déplacement, et qu'il vienne, en vertu de la tendance commune, se faire jour à l'extérieur; peut-être même le projectile se creusera-t-il une demeure, et restera-t-il dans le lieu qu'il occupe jusqu'à la mort du sujet, ainsi qu'on en possède un assez bon nombre d'exemples (1).

Avant ce blessé, nous en avions reçu un autre qui avait eu la cuisse gauche traversée à sa partie supérieure, d'avant en arrière, et un peu de dedans en dehors, par une balle de pistolet. Notre attention fut appelée, à ce sujet, sur une particularité importante de ce genre de blessure. Selon la plupart des auteurs, des deux ouvertures d'entrée et de sortie des balles, la première présente, entre autres caractères, celui d'être

(1) A l'instant où je corrige cette feuille, le blessé, guéri depuis longtemps, a repris son service et ne ressent pas la moindre incommodité.

plus étroite que l'autre. L'assurance avec laquelle plusieurs écrivains s'expliquent à ce sujet, et la constance qu'ils ont mise à se répéter les uns les autres, nous avaient fait, pendant longtemps, admettre cette assertion comme l'expression d'un fait confirmé par l'expérience, lorsque M. Bégin, après avoir traité ce point de chirurgie pratique, et nous avoir fait comparer attentivement les deux plaies que présentait le militaire que nous avions sous les yeux, nous engagea à répéter des expériences qu'il avait entreprises lui-même autrefois au Val-de-Grâce, et qui l'avaient conduit à des résultats tout à fait opposés. Jaloux d'examiner de nouveau cette importante question, nous déchargeâmes, à plusieurs reprises, des armes à feu sur plusieurs cadavres, et chaque fois nous eûmes occasion de nous convaincre que, quelque part que la balle pénétrât, toujours l'ouverture d'entrée avait plus d'étendue que celle de sortie. Celle-ci était seulement moins régulière que l'autre et présentait des bords saillans, qui contrastaient avec le contour arrondi et enfoncé de la plaie d'entrée : ce sont là les particularités qui les distinguent le mieux.

A quelques jours de là, un de nos jeunes camarades ayant eu, dans un combat singulier, les deux cuisses traversées d'un côté à l'autre par un coup de pistolet, à deux travers de doigt au dessus

du genou, nous pûmes nous convaincre de nouveau de l'exactitude de nos premières remarques. La balle avait passé derrière les fémurs, et les deux ouvertures d'entrée étaient plus grandes que celles de sortie. Il ne pouvait plus rester de doute dans notre esprit à cet égard. Mais on comprend la nécessité de cette dernière épreuve pour lever tout scrupule; car il était permis de concevoir, jusqu'à un certain point, comment le phénomène annoncé pouvait se produire sur le cadavre, et ne pas se rencontrer chez le sujet vivant. Il est à remarquer, en effet, que plusieurs écrivains, en signalant le caractère que nous contestons, Boyer (1) entre autres, l'attribuent, en grande partie, au gonflement qui se développe autour de la blessure, et qui est d'autant plus considérable, que les tissus ont éprouvé une contusion plus violente; or, cette tuméfaction ne pouvant avoir lieu qu'autant que les parties frappées d'attrition jouissent de la vie, rien de plus naturel que de concevoir que sur les cadavres un pareil phénomène ne dût pas se manifester, et que, dès lors, l'ouverture d'entrée conservât sa plus grande étendue primitive. Mais du moment où l'observation prouve que les ouvertures se présentent

---

(1) *Traité des maladies chirurgicales*, t. I, p. 358, in-8. 1822.

avec le même caractère chez les individus vivans aussi bien que chez ceux qui ont cessé de vivre, la question nous paraît jugée. Aussi bien nous ne voyons pas pourquoi le gonflement qui, suivant les auteurs de pathologie chirurgicale, doit suivre le désordre opéré par le projectile, ne surviendrait pas aussi bien à l'ouverture de sortie qu'à celle d'entrée; bien plus, s'il est incontestable que la balle, au moment de sa pénétration, est douée de plus d'impétuosité, et que la contusion est toujours en raison de la résistance des parties frappées, l'attrition a dû être si forte à l'entrée, qu'une escarre en a été la conséquence, et que le gonflement n'a pu survenir que quelque temps après; à l'ouverture de sortie, au contraire, la tuméfaction doit être plus prompte, l'engorgement plus rapide, car la vélocité du corps étranger est non seulement moindre, mais encore la résistance l'est moins aussi, puisque les parties ont cessé de trouver le point d'appui qu'elles avaient auparavant dans toute l'épaisseur du membre. Il ne saurait donc exister, à la sortie de balles, d'escarre proprement dite; mais un degré de contusion tel qu'une inflammation vive doit s'emparer des parties contuses. Ainsi, dans notre opinion, non seulement plusieurs auteurs se seraient trompés dans un des caractères qu'ils ont assignés aux ouvertures

d'entrée et de sortie des plaies faites par des armes à feu; mais encore ils auraient mal compris les phénomènes dont les parties qui avoisinent ces ouvertures sont le siége.

Du reste, il faut se garder de croire que, dans tous les cas, les plaies par armes à feu doivent être suivies d'élimination sensible d'escarre; c'est une erreur partagée peut-être encore par quelques chirurgiens, et qu'il importe de détruire. Dans le cas cité plus haut, la blessure guérit en quelques jours, sans qu'il fût possible de reconnaître la moindre trace d'élimination; la cicatrisation a eu lieu en quelque sorte par première intention; les deux orifices seuls suppurèrent quelques jours. Hunter (1) et M. Larrey (2) avaient, du reste, rapporté déjà des cas semblables, et M. le professeur Sanson en a consigné un exemple dans sa thèse de concours (3).

Les changemens variés et multipliés que subissent les projectiles en pénétrant dans nos organes, eu égard aux différences de densité et de direction des surfaces qu'ils rencontrent, sont connus de tous ceux qui se livrent à l'étude des plaies d'armes à feu; et les faits consignés dans les

---

(1) Ouvrage cité.

(2) *Mémoires de chirurgie militaire.*

(3) *De la réunion immédiate des plaies.* 1834, in-8.

livres de l'art sont si nombreux, qu'il serait difficile, peut-être, d'ajouter une particularité nouvelle à celles qui ont déjà été si souvent observées. Nous osons cependant demander grâce pour les cas suivans :

Au mois de juillet 1828, deux étudians de Strasbourg, l'un en droit, l'autre en médecine, se prennent de querelle, et vont se battre au pistolet. Placés à quinze pas de distance, les deux combattans font feu, et M. J*** tombe, frappé, en apparence, mortellement. Je cours vers lui, et le trouve pâle et tremblant, mais riant déjà de sa frayeur; la balle, en effet, avait frappé obliquement le larynx, et, glissant sur le cartilage, avait cheminé vers la partie postérieure du cou, fait le tour de la nuque, et était revenue se placer au côté opposé de l'organe de la voix, où il était facile de la sentir; une simple incision suffit pour en opérer l'extraction, et la guérison ne se fit point attendre.

Un autre phénomène propre aux blessures par armes à feu est, comme on le sait, la séparation de la balle en plusieurs fragmens, l'un continuant la direction première du projectile, le second suivant une route différente, et quelquefois très éloignée de la première. Entre autres faits de ce genre, M. Bégin rapporta les faits suivans, dans ses leçons cliniques sur ce sujet, à l'hôpital d'instruction.

Un homme reçoit, en 1830, un balle à la région moyenne de la hanche droite, le projectile se sépare en deux; une moitié glisse le long des muscles fessiers, où une incision permet de la retirer, l'autre perfore l'os coxal, et pénètre dans la cavité pelvienne. Des accidens inflammatoires graves s'emparent de la plaie extérieure; mais combattus par un traitement antiphlogistique énergique, ils cèdent assez promptement, et le malade semble guéri : toutefois il reste pâle, malingre, et finit par succomber, épuisé et dans le marasme. A l'autopsie, on trouve une partie de la balle dans le petit bassin, et l'on reconnaît en elle la cause de la mort. La partie inférieure du tube digestif et les parties circonvoisines étaient gravement compromises.

Dans les journées de juillet, un infirmier reçoit un coup de feu à la région poplitée, du côté droit, au moment où la jambe était légèrement fléchie sur la cuisse; la balle pénètre par la partie postérieure de l'articulation tibio-fémorale, glisse au dessous des fibro-cartilages qui revêtent les surfaces articulaires du tibia, s'y creuse une gouttière et vient se placer derrière le ligament rotulien. Le blessé, assez bien pendant les premiers jours, ne tarda pas à être pris d'une arthrite traumatique que rien ne parvint à calmer, et qui nécessita l'amputation de la cuisse. Longtemps auparavant une sonde avait été in-

troduite, mais toujours en vain, dans la plaie extérieure; l'instrument se trouvait arrêté, après avoir parcouru un assez court trajet. A l'examen de la partie, on trouva le projectile derrière le ligament rotulien, et on s'assura que pour arriver jusqu'à lui, il aurait fallu placer le membre dans la position exacte où le blessé se trouvait au moment de l'accident, encore y a-t-il lieu de supposer qu'on n'aurait pu y parvenir, car le moindre mouvement, même après la mort, changeait l'état des parties et devenait, à raison des surfaces articulaires, un obstacle pour ainsi dire insurmontable à la pénétration de l'instrument explorateur.

Enfin, un fait plus extraordinaire encore a été observé l'année dernière à Strasbourg. M. Bégin assistait, en qualité de chirurgien, à un duel entre deux gentilshommes courlandais, arrivés tout exprès de Munich pour laver l'injure dont l'un d'eux croyait avoir à se plaindre. Le combat eut lieu au pistolet, les deux adversaires étaient placés à quinze pas l'un de l'autre, et les deux armes ayant été déchargées presqu'en même temps, l'agresseur fut atteint d'une balle qui fractura les dixième et onzième côtes droites, près de leur angle, passa entre les deux apophyses épineuses des vertèbres dorsales correspondantes, puis, remontant à travers la masse

sacro-lombaire, alla se loger sous l'omoplate du côté opposé. Ce fut là, qu'après des recherches longtemps infructueuses, elle fut trouvée à l'autopsie du cadavre. Le sujet, épuisé déjà par une vie orageuse, ne put survivre à une blessure aussi grave, et succomba à un épanchement pleurétique, suivi d'un marasme aigu.

Les faits de ce genre doivent être incessamment rappelés, parce qu'ils offrent, sous le rapport du diagnostic et même de la thérapeutique, un intérêt réel. Du moment où une particularité de blessure a été constatée et admise dans la science, rien ne démontre qu'elle ne puisse se reproduire une seconde fois, et l'on conçoit, dès lors, combien il importe d'en avoir connaissance pour remplir les indications qu'elle peut faire naître. Bien plus, tout n'autorise-t-il pas à penser que les mêmes phénomènes se reproduiraient avec les mêmes caractères si les individus étaient placés absolument dans les mêmes conditions. Et qui ne prévoit dès lors les avantages que peut retirer, de la publication des faits même les plus extraordinaires, le praticien qui en aurait connaissance?

ARTICLE III. — ABCÈS.

Abcès idiopathiques.

Les personnes habituées à fréquenter les hôpitaux savent combien est fréquente la terminaison de l'inflammation par la sécrétion du pus ; et c'est avec raison qu'on a dit que les abcès constituent souvent le quart du service des blessés dans les établissemens militaires. Rapporter tous les cas de ce genre qui se sont présentés à notre hôpital serait un travail aussi ingrat que fastidieux. L'histoire de ces maladies, d'ailleurs, laisse peu à désirer, et si nous mentionnons ici deux observations qui s'y rapportent, c'est que la profondeur des collections et la gravité des accidens qui pouvaient survenir leur donnent un intérêt spécial.

NEUVIÈME OBSERVATION.

Abcès de la région axillaire profonde. — Guérison.

V***, chasseur au 16e léger, entra à l'hôpital militaire de Strasbourg, le 29 avril 1835. Ce militaire, d'un tempérament sanguin, quoique d'une constitution assez faible, se plaignait d'une douleur peu intense au côté gauche de la partie

antérieure de la poitrine, à quatre travers de doigt environ au dessous de la clavicule. On ne remarquait sur ce point qu'un très léger changement de couleur à la peau; le malade prétendait n'y ressentir aucune pulsation, et surtout affirmait n'y avoir jamais reçu de blessure qu'il eût pu remarquer. Un travail morbide profond existait cependant sous les muscles pectoraux; mais le diagnostic, relativement au désordre déjà produit, était d'autant plus obscur que le malade, exempt de fièvre, conservait de l'appétit et n'éprouvait que fort peu de gêne dans les mouvemens du bras. Des sangsues furent appliquées sur la tumeur et remplacées par des cataplasmes. La douleur resta la même, pendant les premiers jours, et l'état local de la partie avait peu changé, lorsqu'en exerçant, sur la région correspondante, une pression assez forte, le chirurgien en chef y détermina une douleur plus vive qui fit jeter un cri au malade. Examinant les parties avec plus d'attention encore que précédemment, M. Bégin provoqua, non seulement le même sentiment de douleur; mais, en outre, il crut sentir un mouvement de fluctuation profonde. Il saisit aussitôt un bistouri, puis, avec cet instrument, il incisa, suivant la direction du muscle grand pectoral, et vers sa ligne d'union avec le deltoïde, la peau, le tissu cellulaire sous-jacent, et

pénétra entre les fibres musculaires, le tout sans qu'aucune gouttelette de pus vînt se montrer sur la lame tranchante. M. Bégin porta alors le doigt dans l'incision qu'il venait de faire, et son exploration avait à peine eu lieu, que, plongeant l'instrument sur ce guide, un flot de pus de bonne nature s'écoula, et vint justifier la justesse du diagnostic. L'abcès traité, d'ailleurs, par les moyens ordinaires, guérit assez vite, et le malade sortit de l'hôpital, le 19 mai 1835.

M. Bégin fit alors observer aux élèves la différence que présentent dans leur marche les symptômes, et leurs dispositions à s'ouvrir au dehors, des abcès de la région axillaire, selon qu'ils sont placés au dessus ou au dessous du feuillet aponévrotique qui limite en bas le creux de l'aisselle. Les premiers tendent à remonter sous les muscles pectoraux, le long des vaisseaux axillaires jusqu'à la clavicule, et à produire d'énormes délabremens; les seconds apparaissent, au contraire presque immédiatement sous la peau, qu'ils rougissent et perforent en peu de jours. Il existe entre eux la même différence qu'entre les abcès profonds et superficiels de la région anale; et le chirurgien doit avoir l'attention d'autant plus éveillée, que ces abcès, dont le diagnostic est le plus obscur, sont ceux qu'il importe le plus d'ouvrir prématurément. Rien ne peut suppléer, en semblable

circonstance, la finesse du tact et l'art d'explorer méthodiquement les organes.

Quelle cause, cependant, avait pu donner naissance à une collection purulente aussi considérable que celle dont il vient d'être question? Si le pus avait offert les caractères propres à celui des abcès froids, il serait possible d'expliquer, par la marche lente de l'affection, le peu de réaction qu'elle avait suscitée; mais le liquide était crémeux, homogène, doux au toucher, et paraissait s'être formé promptement, sous l'influence d'une inflammation aiguë. La rapidité de la guérison ne suffirait-elle pas d'ailleurs pour attester l'acuité de l'abcès? Quant aux circonstances déterminantes de la maladie, on ne serait pas fondé à la croire spontanée, parce que le sujet ne l'attribuait à aucune violence extérieure; ne sait-on pas, en effet, que les militaires, exposés à tous les dangers d'une vie active, même en temps de paix, reçoivent souvent des coups ou se font des contusions sans en garder le souvenir, soit que le vin leur en ait fait perdre la mémoire, ou que cet oubli résulte d'une préoccupation morale momentanée? Quoi qu'il en soit, c'est moins la cause qui a présidé au développement de cette collection purulente que les résultats funestes qui pouvaient en être la conséquence, qui doivent fixer un moment notre atten-

tion. On sait quelle est la tendance des collections purulentes à se porter au dehors, et personne n'ignore la comparaison dont s'est servi l'un des plus grands chirurgiens de la Grande-Bretagne pour exprimer ce fait d'observation générale; mais on n'a point oublié non plus que le pus, lorsqu'il a été formé sur les parois extérieures des cavités splanchniques, se dirige parfois vers ces dernières, les perfore, et devient ainsi la cause d'accidens promptement mortels : un cas de cette nature a été tout récemment le sujet d'un rapport à l'Académie royale de médecine (1), et M. Jules Cloquet en a observé dernièrement un exemple funeste (2). Tous les auteurs, d'ailleurs, ont fait mention de celui auquel succomba le fils de J.-L. Petit (3). On conçoit dès lors combien, dans l'observation que nous venons de rapporter, il importait, pour la sécurité du malade, que le chirurgien ouvrît, sans trop de retard, une issue au liquide, et prévînt de la sorte les accidens qu'il pouvait occasioner; de là la nécessité, dans les collections purulentes profondes, d'établir promptement le

---

(1) *Bulletin de l'Acad. roy. de méd.*, janv. 1837.

(2) *France médicale*, 28 janv. 1837, n° 25, t. 1er.

(3) Bégin, *Dict. de médecine et de chirurgie pratique*, art. Abcès, t. I, etc., etc.

diagnostic. Mais la difficulté est souvent assez grande; et si, dans les abcès aigus, l'empâtement extérieur, les signes rationnels de la suppuration et la fluctuation, attentivement cherchés, permettent ordinairement d'y parvenir, les abcès chroniques lentement formés présentent quelquefois des incertitudes plus difficiles à dissiper.

DIXIÈME OBSERVATION.

Abcès profond de l'avant-bras à la suite d'une cause traumatique. — Incision. — Accidens inflammatoires. — Large débridement.

L***, brigadier au bataillon des pontonniers, entre à l'hôpital militaire de Strasbourg, le 16 octobre 1836. Ce militaire, d'un tempérament sanguin et âgé de vingt-cinq ans, fit, le 8 octobre, une chute sur la main droite, dont les trois premiers doigts furent écorchés par une boucle de pantalon qu'il rencontra au moment où il perdait l'équilibre. Toutefois cet accident n'eut pas de résultat fâcheux immédiat, car, quelques instans après, il se mit à faire de la gymnastique avec plusieurs de ses camarades, et telle était encore la force du membre sur lequel il était tombé, qu'il sortit plusieurs fois victorieux d'une lutte où, les deux combattans ayant, l'un et l'autre, le coude appuyé sur une table, il s'a-

gissait de renverser la main de son adversaire. Ce ne fut que deux jours après ces efforts et sa chute, que L*** commença à ressentir, dans l'articulation radio-carpienne, une douleur profonde, suivie bientôt d'un gonflement médiocre; les doigts meurtris participèrent à la tuméfaction, et les mouvemens de la main devinrent impossibles.

Des bains de bras préparés avec la mauve, un repos absolu, et l'application, sur les parties, d'un large cataplasme émollient furent d'abord conseillés; mais ces moyens n'ayant procuré que peu de soulagement, cet homme fut envoyé à l'hôpital, où il présenta, dès son arrivée, les symptômes suivans :

Il existe à la région radio-carpienne droite une tuméfaction assez considérable; la peau y présente une teinte rouge, peu marquée, qui se propage jusque vers la partie moyenne de l'avant-bras. Les trois premiers doigts sont atteints de gonflement assez considérable, et le pouce offre, en outre, une petite plaie non encore cicatrisée, et due à la déchirure opérée par la boucle, lors de la chute du blessé. Les mouvemens de l'articulation radio-carpienne sont impossibles, ou si l'on cherche à les produire, des douleurs très vives se manifestent. Les doigts, au dire du malade, sont engourdis. Du reste, l'état général est satisfaisant;

on ne remarque ni mouvement fébrile, ni trouble dans les fonctions digestives. — Douze sangsues autour de l'articulation, cataplasme émollient, soupe, riz au lait et pruneaux; eau gommeuse.

Le 17 octobre, aucune amélioration. — Vingt-cinq sangsues, cataplasme émollient, même alimentation; limonade.

Les 18 et 19, légère diminution des symptômes. — Cataplasme émollient; même prescription alimentaire.

Le 20, la rougeur a disparu; la tuméfaction est moindre. — Application du bandage propre aux entorses du poignet, soutenu d'attelles, afin de rendre la compression plus égale et l'immobilité plus complète.

Du 21 au 25, le malade n'accuse aucune douleur. — Même traitement, même prescription alimentaire.

Le 25, le bandage est enlevé, afin d'examiner l'état des parties, et on trouve que la diminution du gonflement est très sensible. — Réapplication du même appareil; même prescription alimentaire.

Le 31, le malade éprouve de vives douleurs dont il fait remonter le début au 28, bien qu'il n'en ait rien dit alors; les élancemens qu'il ressent dans l'avant-bras l'ont privé de sommeil. Il est toutefois sans fièvre; à l'heure de la visite,

il prétend souffrir un peu moins; les extrémités des doigts sont exemptes de gonflement, et il semble qu'en maintenant le bandage imbibé de décoction émolliente les accidens pourront être calmés.

Le 1er novembre, les douleurs ont continué; de nouveaux élancemens se sont fait sentir à la face dorsale de la main, et le blessé, ne pouvant plus y résister, avait levé le bandage pendant la nuit.

On reconnaît, à la visite du matin, qu'il existe, à la face dorsale de la main, et non loin du pouce, une tuméfaction fluctuante, sur laquelle on s'empresse de donner un coup de bistouri, et d'où s'écoule une certaine quantité de pus mal élaboré. La face antérieure de l'avant-bras est, en outre, rouge, tuméfiée, pâteuse, et excessivement douloureuse à la pression. — Fomentations émollientes continues sur l'avant-bras et la main; bouillon maigre et pruneaux, limonade, potion gommeuse.

Le 4 novembre, le malade, quoique momentanément soulagé par l'incision précédente, est redevenu agité; l'insomnie a été complète; la tuméfaction de l'avant-bras a beaucoup augmenté, et se propage jusqu'à un pouce et demi de l'articulation cubito-humérale. La peau est rouge, tendue; le tissu cellulaire sous-jacent paraît infiltré; la pression développe un sentiment de fluctuation obscure, plus manifeste près de l'ar-

ticulation radio-carpienne, et du côté du cubitus, que partout ailleurs. Il semble que sur ce point existe un abcès indépendant de celui qu'on soupçonne plus haut, et que la région antérieure, profonde, soit, tout entière, envahie par un foyer que le chirurgien en chef juge utile d'attaquer par son centre. En conséquence, une incision pratiquée à la partie moyenne de l'avant-bras, divise la couche des muscles superficiels, sans donner d'abord de pus; il fallut explorer avec attention la plaie, pour acquérir la preuve de l'existence de ce liquide avant de pénétrer plus profondément; enfin, l'instrument ayant traversé les muscles profonds eux-mêmes, il s'échappa des lèvres de la plaie une masse de suppuration mal élaborée, sanguinolente, et qui envahit le drap d'alèze placé sous le membre malade; le doigt introduit dans la plaie arriva jusqu'au ligament interosseux, et s'assura que le foyer était placé entre ce ligament et la face postérieure des muscles profonds. Une seconde incision fut faite vers le côté interne de l'articulation radio-carpienne, sur le point aminci de la peau, afin de rendre plus facile et plus complet l'écoulement de la suppuration.

Après cette double opération, le malade éprouve un soulagement extrême. Introduction d'une lame de linge enduite de cérat dans la plaie, afin de

prévenir l'agglutination de ses bords sans gêner l'écoulement du pus; cataplasme émollient étendu à tout l'avant-bras et à la main. — Diète, bouillon maigre et pruneaux, limonade.

Le 5 novembre, le malade a dormi; le bras n'est plus douloureux, mais le pus sort en grande abondance. — Riz au lait, pruneaux, limonade, potion gommeuse.

Les 6 et 7 novembre, l'amélioration continue; la quantité de pus est toujours très considérable; les fomentations émollientes remplacent les cataplasmes de même nature. — Régime léger, limonade, potion gommeuse.

Les 7 et 8 novembre, la tuméfaction des bords de la plaie donne à cette dernière une étendue presque aussi grande en largeur qu'en longueur; les muscles, surtout, font une saillie considérable, et offrent une coloration brunâtre qui atteste la gêne de la circulation dans leur tissu; du reste, le pus semble devenir de meilleure nature, et l'état général du malade est toujours satisfaisant.

Du 9 au 14, l'amélioration fait des progrès, le gonflement diminue, le malade paraît en voie de guérison; et cependant cette amélioration marche avec lenteur; la plaie ne s'affaisse pas; il est manifeste qu'une cause d'étranglement persiste au-dessus d'elle. M. Bégin expose aux élèves les motifs de l'inquiétude qu'il éprouve, bien que les accidens ne soient pas encore de nature à néces-

siter la pratique d'aucune opération grave. Le 15, sans avoir commis d'imprudence, le malade se plaint d'avoir mal dormi; les tégumens de l'avant-bras sont devenus le siége d'une rougeur qui se propage au delà de l'articulation cubito-humérale. La dépression détermine sur ce point une douleur obscure et profonde; le pouls est fébrile; le malade a de la soif; il est inquiet, agité. On espère encore obtenir la cessation de l'irritation et le dégorgement du membre en insistant sur le traitement antiphlogistique. — Diète, bouillon maigre, limonade, potion gommeuse.

Le 16, la rougeur est plus vive, la tuméfaction s'est considérablement accrue, elle a dépassé le niveau de l'épitrochlée; le malade se plaint de ressentir de temps à autre des élancemens dans le coude; la fièvre est vive, la langue sèche, la soif ardente, l'abattement considérable. Cet accroissement rapide du mal engage à rendre plus énergiques les moyens propres à le combattre.—Vingt sangsues à la base de l'avant-bras; continuation des applications émollientes; boissons adoucissantes, diète.

Le 17, la tuméfaction s'est encore augmentée; elle gagne le bras; quelques lignes rougeâtres se dessinent le long du trajet des veines, et le malade y ressent des douleurs très vives. L'étranglement est alors incontestable; il semble

formé par l'appareil fibreux placé en avant de l'articulation huméro-cubitale, et surtout par l'expansion aponévrotique détachée du côté interne du tendon du muscle biceps. M. Bégin annonce que la section de ces parties pourra seule sauver le membre et peut-être la vie du blessé; et pour cela il prolonge l'incision en haut, coupant, avec un bistouri boutonné, l'aponévrose antibrachiale, le long du sillon interne du coude, en passant entre les muscles qui s'attachent à la tubérosité humérale interne et le biceps, et en ne s'arrêtant qu'au niveau de l'épitrochlée, lorsque tous les agens de la constriction parurent divisés.

La plaie totale avait alors une étendue de sept pouces environ et une profondeur presque effrayante. Une quantité considérable de pus d'assez mauvaise nature s'en écoule, et le soulagement qu'éprouve le malade est extrême. — Fomentations émollientes, diète, boissons adoucissantes.

Le 18, les phénomènes généraux ont disparu, le malade est très bien; plus de douleur ni de rougeur; l'appétit semble renaître. — Mêmes moyens, même prescription.

Depuis cette époque, l'amélioration continue; on substitue graduellement aux applications émollientes les fomentations avec l'infusion de fleurs de sureau et le vin aromatique, et, le 20 décembre, la cicatrisation est complète; mais l'articulation

cubito-humérale est encore roide; la peau des environs de l'articulation radio-carpienne offre plus de dureté que dans l'état normal, et il existe une gêne très grande dans les mouvemens des doigts, surtout dans ceux de l'auriculaire, dont il est impossible de ployer les articulations. L'état général, d'ailleurs, ne laisse rien à désirer.

Aujourd'hui, 25 mars, le malade, que nous revoyons par hasard, car il est, depuis longtemps, sorti de l'hôpital, a retrouvé toutes les forces et la liberté des mouvemens du membre.

Cette observation présente, sous plus d'un rapport, de l'intérêt. Et d'abord, la cause légère en apparence de l'accident, l'absence de douleurs avant et pendant la formation du pus, sont des circonstances d'autant plus importantes à noter, qu'elles se représentent assez fréquemment à la suite des entorses ou des violentes distensions musculaires, et qu'elles peuvent induire en erreur. Combien de membres amputés, et que l'on aurait peut-être pu conserver, si la non-existence de la douleur dans les tissus fibreux, à la suite des coups, des efforts ou des chutes, n'eût, dès les premiers temps de la lésion, inspiré une décevante sécurité? Aussi, la pratique enseigne-t-elle qu'on ne saurait prendre trop de précautions pour se prémunir contre les résultats désastreux de ces causes morbides, quelque légères qu'elles sem-

blent en apparence. Nul doute que si, aussitôt après son accident, L*** s'était confié aux soins du chirurgien du corps, celui-ci n'eût prévenu, par un traitement convenable, la maladie grave qui a mis l'avant-bras de cet homme en danger, et même compromis un instant son existence.

Et plus tard, lorsque, dans les parties profondes des membres, sous des aponévroses épaisses et tendues, l'inflammation se développe, combien n'est-il pas nécessaire d'en combattre activement les symptômes, d'en épier les résultats, de ne pas hésiter à ouvrir au pus de larges issues, en détruisant les causes de compression et d'étranglement par des incisions suffisantes?

Qui peut prévoir, dans le cas précédent, quels accidens se seraient développés si un dernier débridement n'était venu faciliter l'écoulement du pus, remédier à la constriction, et faire ainsi disparaître les symptômes généraux et locaux qui se montraient menaçans? Et si les premières incisions n'ont pas été suivies d'un succès complet et durable, n'est-ce pas parce que, malgré toute leur étendue, elles n'avaient pas suffisamment dégagé et mis à l'aise les parties? Ce fut l'avis du chirurgien en chef lorsqu'il se décida à opérer. Mieux vaut, selon lui, dans ces cas graves, pratiquer des lésions inutiles ou trop prolongées, que de rester en deçà du but, ou de trop tarder à

l'atteindre. Nous nous souviendrons toujours d'un homme qui, atteint d'un engorgement chronique à la cuisse droite, eut la plupart des muscles de cette région réduits en bouillie par un abcès profond, lequel, ouvert trop tard, continua à fournir une suppuration abondante et nécessita l'amputation du membre, à laquelle succomba le malade. Le même sort eût peut-être été réservé à L***, si l'on ne s'était empressé d'inciser jusqu'aux muscles profonds? Déjà le liquide avait fusé jusqu'auprès de l'articulation radio-carpienne, et il n'aurait sans doute fallu que quelques jours de plus pour l'y faire pénétrer et produire des désordres irréparables; nouvelle preuve que la science, pour le praticien, consiste presque tout entière dans le diagnostic. Une fois celui-ci bien établi, les indications naissent, en quelque sorte, d'elles-mêmes, et la guérison est assurée toutes les fois que l'altération n'est point au dessus des ressources de l'art.

Abcès par congestion.

C'est chose vraiment curieuse que le nombre des abcès de ce genre qui se sont présentés à nous depuis huit ans, alors surtout qu'on réfléchit que les hommes appelés sous les drapeaux sont ordinairement robustes, et d'une constitution

bien éloignée de celle des individus qui succombent ordinairement, dans les hôpitaux civils, aux abcès symptomatiques de la carie de la colonne vertébrale. Cependant il ne se passe guère d'années où nous n'ayons à traiter deux ou trois abcès semblables; abcès qui, malheureusement, ainsi que la science l'enseigne, se terminent presque toujours par la mort. Nous ne comptons, en effet, qu'un seul exemple de guérison sur les vingt et une observations de ce genre que nous avons recueillies.

Dans ce nombre, il s'en trouve cinq qui nous semblent assez intéressantes pour mériter de trouver place ici; les trois premières, par le siége de la collection secondaire; la quatrième, par la rapidité de la marche de la maladie; la cinquième, enfin, à raison du succès qui a couronné le traitement.

ONZIÈME OBSERVATION.

Abcès par congestion. — Phénomènes typhoïdes. — Apparition d'un abcès froid à la fesse gauche. — Cautérisation de l'os coxal du même côté. — Mort. — Carie de la colonne dorsale.

R***, artilleur au 3e régiment, entra à l'hô-

pital militaire de Strasbourg, le 22 janvier 1836, et fut placé, à son arrivée, dans la salle des consignés.

Ce militaire, âgé de vingt-trois ans, d'un tempérament sanguin, avait souffert du froid, depuis deux mois qu'il était enfermé à la prison militaire. Le 21 au matin, le chirurgien de visite, lui trouvant de la fièvre, s'empressa de le diriger sur l'hôpital (nous étions alors chargés du service des vénériens et des consignés), où, à son arrivée, il nous présenta les symptômes suivans :

Léger état de stupeur de la face; pouls petit et fréquent (quatre-vingt-seize); légère dyspnée; ventre douloureux à la pression; langue sèche et rouge à sa pointe; nausées, soif très intense, peau chaude et sèche, diarrhée, urines rares et rouges. — Diète, eau gommeuse; vingt sangsues sur la région iléo-cæcale et aux environs, lavement émollient, fomentations émollientes.

Le 23 janvier, même état que la veille. — Diète, eau gommeuse, fomentations émollientes.

Le 24, la stupeur est plus prononcée, l'appareil fébrile est plus intense; pouls à cent huit; le malade a eu six selles pendant la nuit; la région iléo-cæcale est très douloureuse, la soif très vive.

Le 25, même état; six ventouses scarifiées sur la région iléo-cæcale et les environs. — Diète,

limonade, potion gommeuse, fomentations émollientes, demi-lavement émollient.

Les 26 et 27, pouls à quatre-vingt-quatorze, soif moins vive. Le malade, qui semble mieux, a des selles moins fréquentes. Région iléo-cæcale indolore. — Continuation du même traitement.

Le 28, mieux-être plus sensible, pouls à quatre-vingt-dix, plus de diarrhée; la langue devient humide; le visage est moins stupide. — Mêmes prescriptions.

Le 29, l'amélioration continue, bien que le pouls soit à quatre-vingt-seize : langue humide; le malade demande à manger. — Demi-bouillon, boissons et fomentations émollientes.

Le 30, plus de phénomènes typhoïdes. Une douleur vive se fait sentir à la partie moyenne de la fesse gauche, qui ne présente ni changement de couleur à la peau, ni tuméfaction appréciable. —Quatre ventouses scarifiées, *loco dolenti*, bouillon et pruneaux soir et matin, boissons adoucissantes.

Le 31, la douleur, quoique moins vive, persiste encore; cependant la couleur de la peau est la même; il n'existe aucune tuméfaction sur la partie correspondante; du reste, le pouls est naturel; plus de symptôme typhoïde. — Six ventouses scarifiées, cataplasme laudanisé. Soupe, bouillon et pruneaux, soir et matin.

La douleur, quoique incessamment combattue, à l'aide des cataplasmes et des ventouses scarifiées, persévère jusqu'au 8 février; alors seulement se manifeste, à la région qu'elle occupe, une saillie légère, accompagnée d'infiltration du tissu cellulaire sous-cutané correspondant. En touchant avec soin cette région, on croit reconnaître un mouvement obscur de fluctuation, et une ponction allait y être pratiquée, lorsque le malade s'est refusé avec opiniâtreté à cette légère opération.

Le 9 février, un examen nouveau de la partie douloureuse nous confirme, de plus en plus, dans cette opinion qu'il y a du pus profondément placé dans l'épaisseur de la fesse. Une incision de deux pouces d'étendue y est pratiquée; elle comprend d'abord la peau et le tissu cellulaire sous-cutané; puis le doigt étant introduit dans la plaie, on sent, à travers les fibres du muscle grand-fessier et les fibres supérieures du moyen, un mouvement de fluctuation manifeste : on y plonge le bistouri, et, à l'instant même, une quantité de pus mal élaboré, évaluée à un litre et demi, s'échappe au dehors. L'écoulement terminé, nous introduisîmes le petit doigt dans la plaie, afin de reconnaître l'état des parties, qui nous parurent détachées par le pus; mais l'os ne semblait pas dénudé. — Pansement simple : une bandelette de

linge, un peu de charpie, quelques compresses et un bandage de corps.

Le 10, plus de douleurs; mais le pus est abondant et de mauvaise nature : tout fait craindre une altération des tissus fibreux ou des os de la région; du reste, l'état général est assez satisfaisant. — Quart, riz au lait et pruneaux.

Jusqu'au 25 février, la suppuration continue d'être abondante; l'altération de l'os est sentie avec le doigt. Le malade maigrissant avec rapidité, on provoque son évacuation sur le service des blessés.

En examinant de nouveau la partie, on trouva l'os des îles dépouillé de son périoste et ramolli à sa surface externe, dans une étendue de deux pouces environ en tout sens, en arrière et au dessous de la cavité cotyloïde. La cautérisation semble pouvoir seule détruire un désordre aussi grave. Pour la pratiquer, on agrandit, le 2 mars, l'incision primitive; puis, l'os étant mis à découvert dans toute l'étendue de la carie, un cautère incandescent est porté sur elle. — Riz au lait et pruneaux.

Le 3 mars, le malade a dormi comme d'habitude; il n'y a aucune réaction. — Même régime, mêmes boissons.

Du 3 au 10, l'amaigrissement fait des progrès

rapides. L'escarre osseuse commence à se séparer; la faiblesse du malade est grande; malgré un régime nourrissant, quelques amers et du vin généreux, elle augmente, et le marasme se prononce avec elle; de la fièvre survient vers le soir, la diarrhée s'engage, et enfin, le 29 mars, le malade succombe à onze heures du matin.

Autopsie du cadavre.

Encéphale et méninges : à l'état normal.

Poitrine : quelques adhérences dans la plèvre droite; cœur et poumons sains.

Abdomen : un peu de rougeur violacée au grand cul-de-sac de l'estomac; intestins grêles sans altération; rougeurs assez prononcées à la valvule iléo-cæcale et aux environs; rien dans la plus grande partie du colon; le foie, la rate, ainsi que les organes génito-urinaires, sont à l'état normal.

Colonne vertébrale : après avoir soulevé les intestins et incisé le péritoine, on découvre une certaine quantité de pus de mauvaise nature sur les côtés de la colonne lombaire. La dernière vertèbre dorsale et la première lombaire sont cariées à leur face antérieure, dans l'étendue d'un pouce environ. Il devient alors facile de suivre le trajet parcouru par le pus, et l'on voit qu'il a

glissé derrière le muscle psoas, dont il a usé en partie les fibres supérieures, et qu'il communique avec le foyer de la fesse, après avoir traversé l'os coxal, perforé lui-même sur le point corpondant. Le foyer externe se continuait avec le foyer lombaire, non comme on l'observe ordinairement par quelqu'une des ouvertures naturelles de l'abdomen ou du bassin, mais par une perforation osseuse. Le muscle iliaque était réduit, en certains endroits, en une véritable bouillie, et les tissus fibreux qui recouvrent la face interne de l'os de la hanche étaient ramollis et désorganisés. Quant au canal formé par le pus, et qui servait à l'écoulement de ce liquide, il était tapissé par une membrane peu épaisse, ressemblant assez, pour la couleur, aux membranes muqueuses.

DOUZIÈME OBSERVATION (1).

Abcès par congestion au dos. — Ouverture, à l'aide de la potasse. — Mort. — Carie des 4e, 5e et 6e vertèbres dorsales.

R***, canonnier au 6e régiment d'artillerie, entra à l'hôpital militaire de Strasbourg le 6 juil-

(1) Recueillie par M. Minvielle, chirurgien-sous-aide, alors chirurgien-élève à notre hôpital.

let 1832. Ce militaire, né de parens sains, d'un tempérament lymphatique, d'une taille élevée, était âgé de vingt-quatre ans; il portait à la partie postérieure de la poitrine, près de la colonne vertébrale, une tumeur elliptique, longue de six pouces sur trois pouces de largeur, qui faisait au dos une saillie assez considérable, bien qu'elle parût située au dessous des muscles du rachis. Cette tumeur était, d'ailleurs, sans changement de couleur à la peau, et complètement indolore; le toucher n'y faisait sentir qu'un mouvement obscur de fluctuation. Interrogé sur les causes qui avaient pu donner naissance à cette affection, il répondit qu'il éprouvait, depuis un an environ, des douleurs sourdes et continues dans la région dorsale, principalement du côté droit, mais qu'à raison de leur peu d'intensité il n'avait pas discontinué de faire son service. Il ajouta qu'il y a huit jours, à la suite d'efforts faits pour aider à soulever un canon, il avait éprouvé, à l'endroit où existe maintenant la tumeur, une douleur peu intense d'abord, mais qui, depuis, s'était accrue, et augmentait pendant les mouvemens, ce qui l'avait décidé à en parler à l'officier de santé de son régiment, qui l'avait aussitôt envoyé à l'hôpital. Du reste, à part un rhume contracté l'année dernière, et qui l'oblige à tousser assez souvent, cet homme ne se plaint d'au-

cun autre dérangement dans les fonctions de l'économie; il a même conservé assez d'embonpoint. L'appétit est bon.

La poitrine, percutée et auscultée, décèle un état assez avancé de maladie du poumon droit; toute la partie supérieure de cet organe ne laisse entendre ni résonnance ni bruit respiratoire, son tiers inférieur livre seul passage à l'air. Le poumon gauche, au contraire, paraît sain, si ce n'est sous la clavicule, où le son est moins facilement entendu. Le pouls est naturel, les mouvemens du cœur sont réguliers; le malade, pressé de questions, avoue cependant que, vers le soir, il a de la chaleur à la peau, et qu'il est quelquefois obligé de boire pendant la nuit. On diagnostique un abcès froid de la partie postérieure du thorax, avec ou sans carie des vertèbres dorsales, et, de plus, une maladie grave du poumon droit. — Soupe, riz au lait, boissons adoucissantes, cataplasme sur la tumeur.

Du 6 au 15 juillet, il ne survient rien de particulier, seulement la tumeur semblait acquérir plus de volume; la fluctuation y devenait moins obscure; on résolut d'y plonger le bistouri, et de donner issue au liquide qui pouvait y être contenu; mais le malade, naturellement pusillanime, ne voulut jamais y consentir.

Du 15 au 18, la fluctuation devient plus ma-

nifeste; mais la même résistance de la part du blessé s'oppose à toute espèce d'opération. Devenu plus raisonnable le 19, on se décide, à raison de l'état des parties, à appliquer la potasse caustique. Une quantité considérable de matière purulente, verdâtre et sanieuse, sort au moment de la levée de l'appareil, par le décollement de l'escarre que le caustique a faite. La sonde pénètre à une assez grande profondeur, mais ne parvient pas sur les vertèbres.

Le 20 juillet, l'état du malade est le même qu'avant l'opération. Le pus qui sort par la plaie est de plus en plus sanieux. — Soupe, riz au lait, pruneaux, boissons adoucissantes.

Du 20 au 23, le malade a eu un mouvement de fièvre assez prononcé vers le soir; mais la durée en a été fort courte. Cette fièvre se renouvelle les jours suivans; elle débute à quatre heures du soir et se prolonge toute la nuit. A la visite du matin, le pouls est à quatre-vingt-dix-huit environ; le visage est rouge, les yeux sont abattus, la langue rouge et sèche, la soif vive, la respiration difficile, surtout du côté droit; l'abdomen, météorisé, paraît peu sensible à la pression. — Solution gommeuse; des lavemens amylacés et opiacés; potion gommeuse opiacée; fomentations émollientes sur l'abdomen.

Après être resté stationnaire, l'état du malade

semble s'améliorer ; le 26, pouls à quatre-vingt-quatorze; visage moins abattu, moins rouge, langue un peu humide, presque plus de météorisme au ventre. — Diète, même prescription.

Du 27 juillet au 1er août, cette amélioration continue, mais avec lenteur et incertitude; une légère exacerbation se prononce tous les soirs; le côté droit de la poitrine rend un son mat dans toute son étendue, et le malade expectore des crachats puriformes. — Riz au lait et pommes cuites, boissons adoucissantes.

Bien que dormant la plus grande partie de la nuit, malgré l'exacerbation du soir, le malade maigrit de plus en plus. Le pouls reste toujours fréquent (quatre-vingt-seize); la dyspnée est cependant peu intense, le ventre reste libre et le sommeil est assez bon. Cet état se prolonge avec des alternatives de mieux-être et de rechutes, la suppuration restant abondante, sanieuse, verdâtre, et exhalant une mauvaise odeur, jusqu'au 27 août. Alors le malade peut à peine parler; la voix est très altérée, la suppuration est sanguinolente. Enfin le 28, à deux heures du matin, la mort a lieu, après une courte agonie.

Autopsie.

État général : le marasme est aussi complet que possible.

Encéphale et méninges : à l'état sain.

Poitrine : quelques adhérences entre le poumon droit et la plèvre du même côté. Le poumon droit est rempli de tubercules, le plus grand nombre à l'état de crudité, d'autres en suppuration. Le poumon gauche en contient un petit nombre au sommet; mais le reste de l'organe est sain et perméable à l'air. Le cœur et les gros vaisseaux sont à l'état normal.

Abdomen : l'estomac est sain, de même que l'intestin grêle; le colon transverse offre çà et là quelques plaques rougeâtres. Le foie et la rate, ainsi que l'appareil génito-urinaire, sont sains.

Abcès : on dissèque avec précaution les parties qui avoisinent l'ouverture extérieure de la collection purulente, et l'on reconnaît, en suivant la sonde, préalablement introduite dans ses sinuosités, que le pus s'est frayé un passage à travers la masse commune des muscles rachidiens, et qu'il provient de la carie des apophyses transverses et de la partie postérieure du corps des 4e, 5e et 6e vertèbres dorsales.

La moelle épinière est intacte, et le pus n'a point pénétré dans le canal vertébral. La carie des 4e et 6e vertébrales est beaucoup plus profonde que celle de la 5e; les muscles sont ramollis, et l'aponévrose commune, qui recouvre le sacro-lombaire et le long-dorsal du côté droit, est

réduite en bouillie, dans l'espace de deux pouces en haut et en bas, en partant de l'ouverture externe (1).

TREIZIÈME OBSERVATION.

Abcès par congestion, simulant une hernie crurale.—Ouverture par l'instrument tranchant. — Mort. — Carie des 1re, 2e et 3e *vertèbres lombaires.*

F***, soldat du train d'artillerie, âgé de vingt-cinq ans, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution assez délicate, entra à l'hôpital militaire de Strasbourg, le 31 décembre 1831. Ce militaire se plaignait, depuis six mois, de faiblesse dans les membres, et maigrissait sensiblement, bien que, cependant, les fonctions digestives, respiratoires et circulatoires ne fussent en rien dérangées; aussi n'avait-il jamais sollicité les secours de l'art. Il y a huit jours qu'en montant à cheval, il ressentit, à la région crurale gauche, une douleur vive, qui le força à descendre et à se mettre au lit; peu à peu, cependant, le mal s'étant en partie dissipé, il se leva, fit

(1) La pièce osseuse a été préparée par nos soins et déposée au cabinet d'anatomie pathologique de notre hôpital d'instruction.

même quelques pas dans la chambre, puis se coucha de nouveau, et continua de souffrir une partie de la nuit.

Le lendemain, la douleur avait presque entièrement disparu, aussi reprit-il son service; mais, le soir et les jours suivans, les douleurs revinrent, et comme elles allaient toujours en augmentant, le chirurgien-major de l'escadron, enfin consulté, le fit entrer à l'hôpital.

On le croyait d'abord atteint d'une hernie crurale. Placé, à son arrivée, dans la salle des blessés, et examiné superficiellement par le chirurgien de garde, il fut considéré, en effet, comme étant atteint d'une affection de ce genre, et ce fut sous cette impression qu'il se présenta à nous. Nous trouvâmes, en effet, à l'endroit de la région crurale où l'on rencontre ordinairement les hernies de ce genre, une tumeur molle, réductible, augmentant par les efforts de la toux. Mais, en examinant cette tumeur, le malade placé dans une position horizontale, nous reconnûmes qu'une fois réduite elle reparaissait aussitôt, en même temps qu'elle offrait une mollesse qui ne pouvait guère être due qu'à la présence d'un liquide. Ayant alors palpé avec soin la région iliaque, et interrogé minutieusement le malade, nous ne tardâmes pas à nous convaincre qu'il s'agissait

d'un abcès symptomatique et non d'une hernie commençante.

Le traitement fut dirigé en conséquence. Plusieurs ponctions, faites avec toutes les précautions propres à empêcher l'introduction de l'air, donnèrent issue à de grandes quantités de pus; mais, à mesure que le temps s'écoulait, et que les ponctions se multipliaient, la peau s'amincissait davantage; enfin, après la sixième, l'ouverture resta fistuleuse, les cicatrices des ponctions antérieures se rouvrirent, le pus acquit une odeur fétide, et la santé générale du sujet, jusqu'alors assez bonne, commença à s'altérer. Les fonctions digestives, quoique énergiques encore, n'empêchèrent pourtant pas l'amaigrissement de se prononcer et de faire des progrès rapides; la peau prit une teinte terreuse; puis survinrent, au bout de cinq semaines, la diarrhée et les sueurs colliquatives, qui enlevèrent le malade, le 29 mars 1832, c'est à dire près de trois mois après son entrée à l'hôpital.

Autopsie.

Habitude générale : maigreur voisine du marasme.

Encéphale et méninges : à l'état sain.

Poitrine : quelques adhérences entre la plèvre

et le poumon droit; du reste, les poumons et le cœur sont à l'état normal.

Abdomen : l'estomac offre des traces de phlegmasie chronique auprès du pylore; les intestins grêles sont sains; quelques plaques rougeâtres dans le colon ascendant et auprès de la valvule iléo-cæcale.

Le foie est un peu plus volumineux, la rate un peu ramollie, les organes génito-urinaires sont sains.

Foyer purulent : une sonde est introduite dans l'ouverture extérieure, et sert de guide à l'instrument tranchant, qui arrive ainsi, en suivant le trajet morbide, jusqu'aux trois premières vertèbres lombaires, dont les parties latérales sont cariées superficiellement; l'espace compris entre l'ouverture extérieure et l'altération osseuse renferme une grande quantité de pus, qui, malgré les ouvertures extérieures, séjourne dans cette région.

QUATORZIÈME OBSERVATION (1).

Abcès survenu sans douleur vertébrale.—Mort rapide. — Carie des quatre premières vertèbres lombaires.

D***, chasseur au 5e léger, âgé de vingt-quatre

(1) Recueillie par M. Capron, aujourd'hui chirurgien-aide-major.

ans, d'une constitution lymphatique, entra à l'hôpital militaire de Strasbourg, le 8 octobre 1833. Il était alors atteint d'une tumeur à l'aine gauche, indolore, sans changement de couleur à la peau, et qui s'étendait depuis l'épine iliaque antérieure et supérieure de l'os des îles, jusqu'à l'endroit où s'insère le pilier externe de l'anneau inguinal. Cette tumeur, au premier coup d'œil, nous parut fluctuante, et, quant à son siége, nous crûmes d'abord qu'elle était située au dessous de l'aponévrose abdominale; mais, en l'examinant de plus près, nous ne tardâmes pas à nous convaincre qu'elle était plus profonde, qu'elle reposait sur le muscle iliaque, et qu'elle devait être le résultat d'une psoïte ou d'une carie des vertèbres lombaires. Toutefois, l'absence complète et absolue de douleur à cette dernière région, l'embonpoint et la constitution en apparence si saine et si robuste du malade, nous firent pencher pour une psoïte. Il est à remarquer, en effet, que cet homme n'avait jamais éprouvé la moindre douleur, et que c'était malgré lui qu'il avait été envoyé à l'hôpital, l'officier de santé du corps s'étant aperçu qu'il portait, à l'aine gauche, une tumeur qui paraissait d'abord devoir être un bubon.

Quoi qu'il en soit, la tumeur était indolore à la pression et diminuait sensiblement sous la

main qui la comprimait; du reste, la fluctuation y était évidente, et nous nous proposions de l'ouvrir avec l'instrument tranchant, lorsque M. Zinck, chargé alors de la direction du service, préféra l'application de la potasse. L'ouverture pratiquée à l'aide de cette substance fournit une quantité assez considérable de pus mal élaboré ; on facilita la chute de l'escarre par l'application d'onguens excitans ; puis, la plaie une fois mise à nu, on put se convaincre que le pus fusait le long de la fosse iliaque et provenait des environs de la colonne lombaire. Le malade conserva d'abord un bon appétit, n'eut point de fièvre, et dormit paisiblement.

Cependant, chaque jour, une quantité considérable de pus fétide continuait à s'écouler par la plaie et irritait les bords de cette dernière, qune tardèrent pas à deveni r le siége d'un érysipèle, quc quelques sangsues firent disparaître ; mais alors les forces digestives commencèrent à s'altérer ; une diarrhée, survenue spontanément, obligea de tenir le malade à une diète sévère; puis, quand on voulut donner quelques alimens, l'estomac s'en incommoda, des vomissemens survinrent, et nécessitèrent à leur tour une abstinence absolue d'alimentation, qui ajoutait encore à la faiblesse générale. Nous n'étions alors qu'au 13 novembre, et dix jours avaient suffi

pour amener un changement effrayant dans l'état du sujet.

La suppuration exhale une odeur des plus fétides et acquiert une couleur de plus en plus verdâtre; la pression abdominale la fait sortir en abondance, et pourtant le malade persiste à assurer qu'il n'éprouve aucune douleur. En vain les questions sont multipliées sous toutes les formes, on n'obtient à cet égard que des réponses négatives; jamais, dit-il, il n'éprouva aucune souffrance dans la région des lombes ni à la colonne dorsale; à l'heure même, hormis la faiblesse qui lui est survenue depuis qu'il a eu la diarrhée, il ne sent aucun mal; d'ailleurs, le sommeil est normal, la soif modérée et les urines naturelles; l'appétit est bon, les forces digestives semblent se ranimer, et aucun trouble n'existe, vers le soir, dansles fonctions de la circulation et de la calorification.

Cet état se maintient pendant huit jours encore, durant lesquels le malade mange la demie le matin et le quart le soir; mais, ce terme écoulé, un mouvement fébrile, qui se manifeste vers le soir, s'accompagne de diaphorèse, de soif vive, et laisse, le lendemain matin, une faiblesse très grande. Depuis lors jusqu'au moment fatal, le mal va en empirant; la diarrhée reparaît, et dans l'espace de trois semaines F*** arrive au der-

nier degré de marasme : ce malheureux ne fit entendre aucune plainte, et succomba sans agonie, le 2 décembre 1833, à une heure du matin. Quant à la plaie extérieure, depuis la chute de l'escarre elle avait été pansée comme les plaies qui suppurent; seulement, de temps à autre, pour calmer l'irritation des bords de la solution de continuité, qui avaient une grande tendance à s'enflammer, on était obligé d'avoir recours à l'application de quelques topiques émolliens.

Autopsie vingt-huit heures après la mort.

Habitude extérieure : marasme au dernier degré.

Tête : l'encéphale et les méninges sont à l'état sain.

Poitrine : le cœur, les poumons et les plèvres ne présentent rien de remarquable.

Abdomen : l'estomac offre quelques plaques rouges, mais qui disparaissent facilement par le lavage; les intestins grêles sont pâles, et semblent avoir subi un commencement d'anémie; quant aux gros intestins ils portent, surtout vers la partie inférieure du colon descendant et la partie supérieure du rectum, des traces de phlegmasie participant à la fois de l'état aigu et de l'état chronique; on y remarque, en effet, des plaques d'un rouge vif, et d'autres d'un brun

foncé, avec épaississement, et même un commencement de dégénérescence de la membrane muqueuse.

Les reins et la vessie sont dans l'état naturel.

Foyer morbide : les bords de la plaie sont tuméfiés et conservent, même après la mort, une grande partie de leur rougeur. Après avoir incisé les parois abdominales, de manière à suivre le trajet de la collection purulente, nous trouvâmes d'abord, à la partie postérieure, le péritoine augmenté de densité, et offrant, en certains endroits, quatre lignes d'épaisseur; puis, dans les fosses iliaques, *gauche et droite,* une vaste collection de pus, qui faisait de ces deux régions une espèce de réservoir plutôt qu'un trajet de même nature. Le pus du côté droit était si abondant, qu'il passait au côté opposé, en glissant derrière la symphyse du pubis, pour peu qu'on inclinât le cadavre dans un sens favorable; et nul doute que les choses ne se passassent de la même manière sur le vivant, sans quoi il ne serait pas permis de s'expliquer comment un abcès pareil à celui du côté gauche ne se serait pas formé du côté droit. Du reste, les corps des quatre premières vertèbres lombaires étaient altérés dans une grande profondeur; leur partie moyenne était seule superficiellement atteinte; les parties latérales étaient cariées dans plus des deux tiers de

leur étendue, et la déviation du rachis eût été inévitable si la vie se fût prolongée. L'étendue du mal était si considérable, que M. Zinck assura n'avoir jamais rien vu de semblable, et nous a prié de préparer la pièce pour le cabinet d'anatomie pathologique; prière à laquelle nous nous sommes fait un plaisir et un devoir d'accéder.

QUINZIÈME OBSERVATION.

Abcès par congestion situé à la partie supérieure et antérieure de la cuisse droite. — Ouverture large et pratiquée de bonne heure par l'instrument tranchant. — Accidens. — Guérison.

S***, fusilier au 42e de ligne, âgé de vingt-six ans, d'un tempérament lymphatique, d'une constitution assez forte, entra à l'hôpital militaire de Strasbourg, le 7 juin 1834. Ce militaire portait, à la partie supérieure et antérieure de la cuisse droite, une tumeur peu volumineuse, sans changement de couleur à la peau et indolente à la pression, quoique fluctuante au toucher. Interrogé sur les causes qui y avaient donné naissance, il répondit que, depuis un an environ, il ressentait à la région lombaire des douleurs vagues et profondes, qui l'avaient quelquefois forcé à suspendre son service; qu'il y a trois semaines, les

mouvemens de la cuisse droite avaient présenté quelque difficulté, et qu'en examinant l'aine correspondante il avait découvert la tumeur qu'on y remarquait. Il n'avait d'abord voulu rien dire; mais la fatigue le faisant trop souffrir, il s'était décidé à en parler au chirurgien-major de son régiment, qui l'avait aussitôt envoyé à l'hôpital. Le chirurgien en chef, ayant reconnu la nature de l'affection, se contenta d'abord de faire placer plusieurs moxas à la région lombaire, puis un matin (30 juin), résolut de donner issue au pus qui paraissait s'accumuler en plus grande abondance. Il a pour règle, depuis longtemps, d'ouvrir les abcès par congestion à l'aide d'une incision assez étendue, pour livrer au liquide qui les remplit un libre écoulement et prévenir sa stagnation dans le foyer. Voulant d'abord s'assurer et de la nature du liquide et de la profondeur exacte de la collection, le malade étant convenablement placé sur le bord droit de son lit garni d'alèzes, M. Bégin plongea, dans la partie antérieure et externe de la tumeur, un bistouri à lame étroite, qui pénétra à un pouce de profondeur. La surprise de l'opérateur et celle des élèves furent grandes lorsque, l'instrument étant retiré, on vit jaillir de la plaie, au lieu de pus, une colonne de sang artériel, qui s'éleva, par jets saccadés, à quatre ou cinq pouces de hauteur. Le doigt, porté sur

l'ouverture, suspendit cet écoulement, qui reparut quelques instans après, lorsqu'on le souleva. S'était-on mépris? Fallait-il ajouter un exemple nouveau à ceux des anévrismes ouverts pour des abcès à l'aine? Les vaisseaux déviés par le foyer s'étaient-ils présentés sous le trajet du bistouri?

Le parti de M. Bégin fut bientôt arrêté. Il fit préparer tout ce qui était nécessaire pour une ligature de l'iliaque externe; puis, faisant comprimer cette artère au dessus du ligament de Poupart, il ôta son doigt, pratiqua une incision de deux pouces et demi, qui, comprenant la ponction première, arriva au milieu des parties profondes. Faisant lever alors la compression, afin de reconnaître l'artère lésée, ou de s'assurer de la nature de la tumeur, dont il sentait la fluctuation, sa joie fut grande de ne pas voir reparaître le sang : une artériole sous-cutanée paraissait seule avoir causé par son ouverture cette vive alarme.

L'opération fut alors continuée avec sécurité, et l'instrument ayant pénétré dans la cavité morbide, un flot de pus se fit jour et confirma la justesse du diagnostic. Une grande quantité de matière purulente, mal élaborée et remplie de grumeaux s'échappa par la plaie, et devenait plus abondante chaque fois qu'on pressait sur la

région iliaque correspondante. Le liquide s'étant enfin écoulé en grande partie, une bandelette de linge, enduite de cérat, fut introduite dans la plaie; un cataplasme émollient et quelques compresses complétèrent le pansement.

Les premiers jours, il survint une inflammation assez vive, qu'on fut obligé d'attaquer par une application de sangsues, des fomentations émollientes, la diète absolue et des boissons adoucissantes, tant la réaction qui en était le résultat se montra vive et intense.

Le huitième jour, le calme était revenu, et la plaie présentait les conditions d'une plaie qui suppure. Le malade, alors, fut mis à la soupe, au riz au lait, aux œufs à la coque, et prit un peu de vin rouge à ses repas.

Du 8 au 15 juillet, les choses restèrent dans le même état; seulement, depuis l'application des moxas, les douleurs lombaires étaient moindres, et, depuis deux jours, elles avaient cessé entièrement. L'état général du malade était d'ailleurs parfait. — Quart, côtelette, vin rouge, tisane amère, sirop antiscorbutique quatre onces.

Du 15 au 28 juillet, le mieux continue, plus de douleurs lombaires; le pus sort toujours en assez grande abondance, mais il semble de moins

mauvaise nature. — Même régime, mêmes boissons.

Du 20 au 24, état stationnaire, quelques petits boutons autour de la plaie; le malade, pourtant, est très sage et ne commet aucune imprudence.

Le 25, une rougeur érysipélateuse existe autour des bords de la plaie et des environs; ceux-ci sont douloureux; le trajet lui-même est sensible au toucher, le malade a de la fièvre, la soif est assez vive, il existe un peu de céphalalgie; la peau est chaude, mais plutôt humide que sèche; il n'y a, toutefois, ni nausées ni vomissemens, mais le pus est moins abondant. — Quinze sangsues autour de la plaie et sur son trajet; fomentations émollientes, diète absolue, eau gommeuse, potion gommeuse.

Le 26, l'état du malade ne s'est point amélioré. — Vingt sangsues, fomentations émollientes, boissons adoucissantes.

Le 27, le malade est beaucoup mieux : rougeur moins vive, douleurs nulles dans le trajet de l'abcès; la fièvre et la soif sont apaisées, retour de toutes les fonctions à l'état normal. — Mêmes prescriptions, hormis les sangsues.

Le 28, le malade, qui semble très bien, demande à manger; plus de rougeur, suppuration plus abondante. — Bouillon maigre et pru-

neaux, boissons adoucissantes, fomentations émollientes.

Le 29, l'amélioration continue, l'appétit se prononce. — Bouillon gras et pruneaux; mêmes prescriptions.

Du 30 juillet au 11 août, l'état du malade s'améliore chaque jour, et il se trouve mieux qu'il n'était avant les premiers accidens qu'il a éprouvés.

Il mange le quart et la côtelette matin et soir; prend du vin rouge, de la tisane amère et du sirop antiscorbutique.

Du 11 au 20, la suppuration commence à se tarir; la pression abdominale n'en augmente que faiblement la quantité; le malade reprend un peu d'embonpoint, et tout fait espérer une guérison prochaine.

Du 20 au 25, son état reste stationnaire.

Du 25 au 1er septembre, il ne sort presque plus de pus; les moxas se cicatrisent; la guérison fait des progrès, et le malade sollicite un congé de convalescence. Il mange la demie soir et matin.

Du 1er au 12, la plaie est sur le point de se fermer; l'embonpoint du malade est remarquable; son appétit tient de la voracité; mais il s'observe et se conduit avec sagesse.

Le 30, la plaie est entièrement cicatrisée, et il part, le 11 octobre, en congé de convalescence,

faible encore des extrémités inférieures, et surtout de la cuisse droite; mais n'éprouvant plus, depuis longtemps, aucune douleur dans les lombes, et toutes ses fonctions s'exerçant de la manière la plus satisfaisante.

Réflexions.

Le succès qui a couronné le traitement employé chez le sujet de cette dernière observation est remarquable, à raison de l'état avancé de la maladie et des douleurs lombaires qui avaient précédé l'apparition de l'abcès symptomatique. Il est si rare, en effet, de voir se rétablir les individus atteints de cette affection redoutable, que plus d'un praticien se trouve disposé à penser que, lorsque la guérison survient, il a eu affaire moins à une carie vertébrale qu'à un abcès consécutif de la psoïte. On conçoit difficilement, au premier abord, qu'une carie des vertèbres, assez profonde et assez ancienne pour donner naissance à un abcès par congestion, puisse borner ses ravages et finir par se cicatriser. Cependant plusieurs faits rapportés par des auteurs dignes de foi ne sauraient laisser aucun doute à cet égard. Vilmot, entre autres, en a publié un fort intéressant, où le pus fut remplacé par un fluide élastique qui, absorbé à son tour, laissa le malade complètement guéri. Dupuytren a

rencontré plusieurs fois aussi des trajets accidentels provenant des vertèbres, et contenant encore quelques débris de matière tuberculeuse; les vertèbres n'offrant plus, d'ailleurs, après l'absorption du liquide, que la trace de l'altération dont elles avaient été le siége. On doit à M. le docteur Lourmeau un fait encore plus extraordinaire; ce médecin distingué a eu occasion de disséquer une colonne vertébrale qui, par la destruction du corps de plusieurs vertèbres, offrait une courbure angulaire dans le sens antéro-postérieur, et bien que le psoas du côté gauche eût disparu et fût remplacé par un gros cordon fibreux, aboutissant à l'aine vers le petit trochanter, tout n'en était pas moins consolidé et sain : on aurait vainement cherché la moindre trace de pus ou de matière tuberculeuse dans les parties. Nous sommes loin, sans doute, de prétendre qu'il en a été ainsi dans le cas de guérison que M. Bégin a obtenu, l'altération étant moins profonde, et aucune déformation ne s'étant manifestée; mais nous ne nous en croyons pas moins autorisé, eu égard aux douleurs lombaires ressenties par le malade, à admettre la lésion d'une ou de plusieurs vertèbres de cette région. Qu'on n'oublie point, en effet, que les douleurs lombaires ont été signalées par tous les auteurs comme un des caractères propres à la carie ver-

tébrale; Boyer (1) considère même leur existence comme le moyen le plus sûr de diagnostic entre les abcès froids et les abcès par congestion proprement dits. Il faudrait cependant se garder de donner à ce symptôme une valeur trop absolue; car si, toutes les fois qu'il s'est rencontré, on a trouvé la colonne vertébrale atteinte de carie, souvent aussi cette dernière s'est développée sans que, pendant sa durée, ce phénomène morbide ait été observé. Le sujet de la quatrième observation en a offert un exemple bien remarquable; à en juger même par les faits qui se sont passés sous nos yeux, ce caractère manquerait presque aussi souvent qu'il se montre.

Sur vingt et un sujets, en effet, ce signe a manqué dix fois : peut-être dira-t-on que les observations recueillies chez les militaires, peu habitués, en général, à s'observer, ne sauraient être prises en grande considération; mais, outre qu'il n'est pas nécessaire d'avoir l'esprit cultivé pour percevoir la douleur, nous croyons que le fait a été constaté aussi chez des personnes étrangères à la profession des armes. Pour notre compte, nous donnons, en ce moment, des soins à un jeune homme qui, atteint d'un abcès

---

(1) *Traité des maladies chirurgicales*, t. 1er, p. 89, in-8, 1822.

par congestion à l'aine droite, n'a jamais éprouvé aucune douleur à la région lombaire; cependant, malheureusement pour le malade et sa famille, la carie du corps des vertèbres ne saurait être mise en doute, et la mort ne paraît que trop certaine.

Il faut donc, et nous insistons sur ce point, afin de prévenir de funestes méprises, se garder d'ajouter une confiance trop absolue à l'existence de ce symptôme. Conclure, à son défaut, comme l'a fait le vénérable Boyer, que l'abcès que l'on a sous les yeux n'appartient pas aux abcès par congestion (1), serait s'exposer à commettre une erreur de diagnostic grave, et compter vainement sur une guérison plus que douteuse, tant sont rares les succès obtenus à la suite des abcès de ce genre. La bonne constitution du sujet, son état d'embonpoint et la régularité de toutes ses fonctions, loin de guider le praticien, seraient plutôt, dans certains cas, propres à l'entraîner loin de la vérité, ainsi que cela eut lieu chez le sujet de l'observation n° 4, et que le témoignent les nombreuses erreurs de diagnostic commises à l'occasion des abcès par congestion. A en croire feu le professeur Boyer, un des malades dont il a rapporté l'histoire aurait été d'abord en-

(1) Ouvrage cité.

voyé à l'hôpital des Vénériens pour y être traité d'un bubon.

Une méprise pareille eut lieu dans un des vingt et un cas que nous avons recueillis. Le sujet, nommé T***, entra à l'hôpital le 11 juin 1835, portant alors à l'aine gauche une tumeur fluctuante, prise d'autant plus volontiers pour un bubon syphilitique que, six mois auparavant, il avait eu un abcès de ce genre à la même place. Une incision, faite à cette première tumeur, devenue fluctuante, avait été suivie d'une prompte cicatrisation. Quinze jours après, la nouvelle tumeur parut, et cette fois le volume en était plus considérable; ouverte de nouveau, il en sortit un pus d'assez bonne nature, ce qui, en l'absence complète de douleurs lombaires, ne contribua pas peu à tromper le chirurgien. Au bout de quinze jours, cette suppuration s'altère, un abcès se manifeste au périnée, et le sujet est évacué aux blessés. Une incision pratiquée sur la collection purulente périnéale donne issue à un pus qui semble communiquer avec celui de l'aine. Il suffisait, en effet, de presser sur cette dernière pour augmenter aussitôt la quantité qui s'en échappait. Une sonde, étant introduite dans l'ouverture inguinale, pénètre assez avant du côté dé la fosse iliaque, et le chirurgien en chef diagnostique une altération osseuse des vertèbres

lombaires. L'évènement justifia ce jugement; car, deux mois après, on trouva, à l'autopsie du cadavre, le corps des trois premières vertèbres lombaires carié dans une assez grande portion de son étendue. On reconnut, en outre, à l'examen du périnée, qu'il y avait une éraillure au muscle releveur de l'anus, et que c'était par là que la suppuration s'était fait jour. Une fusée se prolongeait le long du bord interne du psoas, remontait jusqu'à son insertion supérieure, et de là jusqu'au siége de la carie. Il y avait également un foyer assez considérable dans la partie droite de l'intestin rectum, et, de plus, une petite quantité de pus dans la région inguinale, car, depuis l'apparition de l'abcès au périnée, la matière purulente avait presque entièrement cessé de passer par l'ouverture de l'aine.

Cette observation est d'autant plus curieuse, que les abcès au périnée, à la suite des caries vertébrales, sont très rares. M. Ribes est presque le seul qui en ait rapporté un exemple (1), observé d'ailleurs à la clinique de Sabatier, chez un militaire âgé de trente ans, et qui, depuis plusieurs années, souffrait de douleurs intolérables dans la région des lombes, principalement

---

(1) *Dictionnaire des sciences médicales*, t. XIV, p. 392, 1819.

du côté droit. La nature de la maladie, longtemps méconnue, ne fut soupçonnée que quand l'abcès, s'étant ouvert spontanément, il fut permis d'y introduire une sonde, de la diriger vers le rectum et de reconnaître, un doigt ayant pénétré dans cet intestin, que, loin d'être perforée ou amincie, la paroi de l'intestin avait augmenté d'épaisseur. Encore le diagnostic, au dire de l'auteur, demeura-t-il douteux jusqu'à l'examen cadavérique.

Il est facile, du reste, de se rendre compte, par la disposition des aponévroses voisines, du peu de fréquence des abcès au périnée à la suite de la carie des vertèbres, et des directions que prend ordinairement la suppuration. Le psoas s'insérant aux parties supérieures et inférieures du corps des vertèbres, il s'ensuit naturellement que le pus qui succède à la carie des lombes doit s'engager avec une facilité extrême dans l'intervalle celluleux qui se trouve entre ces deux attaches ; aussi rien de plus commun que de rencontrer des fusées purulentes dans le centre même de cet organe ; phénomène si rare dans les autres muscles de l'économie. Les collections purulentes, provenant des caries des vertèbres dorsales, peuvent accidentellement aussi se rencontrer dans la gaîne de ce muscle, et il suffit pour cela que le pus fuse à travers l'arcade aponévrotique du diaphragme, embrassée, comme on le sait,

par l'extrémité du premier. Une fois arrivée dans sa gaîne et parvenue au niveau de la fosse iliaque, la collection purulente glisse au dessous du *fascia iliaca*, puis, continuant sa route, arrive jusqu'au petit trochanter.

Que si le pus, primitivement placé sous la plèvre, provient de la région dorsale du rachis, et s'engage entre les fibres du diaphragme, fort écartées en arrière comme l'enseigne l'anatomie, il peut arriver, dans l'abdomen, entre le péritoine et le *fascia iliaca*, et donner naissance à des tumeurs plus ou moins volumineuses, qui se prolongent tantôt vers l'anneau crural et le traversent (troisième observation), tantôt vers l'épine iliaque antérieure et supérieure de l'os des îles (quatrième observation), circonstance que l'on rencontre d'ailleurs, parfois aussi, dans les abcès primitivement renfermés dans la gaîne du psoas, alors qu'ils ont perforé cette dernière au niveau de la fosse iliaque. Il faut, et ceci explique leur rareté, il faut, dis-je, pour que les abcès se manifestent à la région périnéale, que le pus traverse de haut en bas le petit bassin; mais, dans cette direction, le liquide trouve un obstacle puissant dans le mode d'insertion du *fascia iliaca* au détroit supérieur, et dans l'aponévrose pelvienne supérieure. Cependant cet obstacle est quelquefois franchi, et le pus se montre

au périnée, ou traverse la grande échancrure ischiatique, et vient faire saillie au dessous du grand-fessier. On a vu (première observation) que la tumeur peut se présenter à cette région sans que le pus ait suivi cette direction, par suite de la carie de la fosse iliaque; nouvelle preuve que rien n'est fixe ni constant dans la marche des abcès par congestion et le lieu où ils apparaissent (1).

La deuxième observation diffère, en effet, de toutes celles dont nous avons parlé jusqu'à présent, puisqu'elle s'est manifestée à la région lombaire. Il est vrai que la carie, dans ce cas, affectait plus particulièrement les apophyses transverses, et on sait que souvent alors c'est aux lombes que la maladie apparaît. Cependant encore, que d'exceptions! Dans la seconde observation, rapportée par Boyer, la tumeur, bien que située vers l'angle inférieur de l'omoplate gauche, n'en était pas moins due, par exemple, à la carie du corps des trois premières vertèbres dorsales. On conçoit aisément, du reste, comment, eu égard à l'épaisseur de la paroi postérieure du tronc, l'attitude verticale du corps, la laxité du tissu cellulaire voisin du corps des vertèbres, et les mouve-

---

(1) M. Velpeau a observé un fait semblable. (*France médicale*, n° 25, janvier 1833.)

mens incessamment imprimés aux viscères de la poitrine et de l'abdomen, le pus tend plutôt à opérer sa migration vers les parties inférieures du tronc plutôt que vers la partie postérieure.

Quoi qu'il en soit, la difficulté du diagnostic des abcès par congestion, dans certains cas, peut se mesurer par le nombre des méprises qui ont été commises, à leur égard, même par des chirurgiens de mérite. A en croire les écrivains les plus estimés de l'époque, on aurait confondu cette maladie avec un anévrisme (1), avec une fistule à l'anus (2), un abcès chaud (3), des abcès du pou-

---

(1) Samuel Cooper, *Dict. de Chirurg. prat.*, art. *Anévrisme.*

(2) Samuel Cooper, *Dict. de Chirurg. prat.*, art. *Fistule à l'anus.*

(3) Bérard aîné. Les sujets qui ont présenté ce phénomène avaient subi antérieurement plusieurs ponctions pour un abcès lombaire demeuré fistuleux : une tumeur survint ensuite à l'aine ; elle était située profondément et présentait les caractères des abcès phlegmoneux. On crut d'abord que les phénomènes inflammatoires étaient dus à la douleur occasionnée par la distension de l'aponévrose ; mais, depuis, on a pensé avec plus de raison peut-être qu'il fallait plutôt les attribuer à l'inflammation de la poche lombaire, inflammation qui se sera prolongée dans le trajet qui descendait dans l'aine avant que la tumeur de ce côté fût apparente ; l'une de ces observations a été, du

mon, du foie et de la matrice (1), une hernie crurale, et le fait suivant en est une nouvelle preuve.

SEIZIÈME OBSERVATION.

Abcès par congestion à l'aine. — Carie vertébrale. — Mort du sujet.

M***, artilleur à la douzième compagnie du bataillon de pontonniers, âgé de vingt-sept ans, né dans le département de la Charente-Inférieure, d'un tempérament lymphatique, tourneur de profession, n'ayant jamais été malade avant son entrée au service, fut admis à l'hôpital de Strasbourg, le 8 novembre 1835. Deux ans auparavant, il avait éprouvé, à la suite de manœuvres fatigantes, une fièvre tierce, qu'il guérit lui-même à l'aide de sulfate de quinine. Six mois plus tard, il contracta un lumbago intense, pour lequel il entra à l'hôpital. Les douleurs avaient principalement leur siége dans la région lombaire, mais surtout à l'articulation sacro-vertébrale. Un traitement antiphlogistique énergique n'ayant apporté qu'un

---

reste, recueillie sur le petit-fils de l'illustre Condorcet; et, chose étrange! l'abcès lombaire avait eu lieu à droite et l'abcès de l'aine à gauche.

(1) M. Velpeau, *France médicale*, n° 25, janvier 1837.

soulagement médiocre, il fut envoyé en congé de convalescence de six mois. Les douleurs persistaient encore quand il fut rejoindre le bataillon à Auxonne, et depuis lors il n'a jamais cessé d'en ressentir quelque atteinte. Au mois de juin 1835, il vit apparaître, à la partie interne et supérieure de l'aine droite, et au niveau de l'arcade crurale, une tumeur d'abord peu volumineuse, pour laquelle il fut envoyé à l'hôpital, où on lui fit faire des frictions avec la pommade d'hydriodate de potasse. Dirigé, quelque temps après, sur l'hôpital de B***, il y resta un mois, puis en revint avec un certificat attestant qu'il était atteint d'une hernie et qu'il avait besoin d'un bandage. Entré à l'hôpital de N***, il n'y fut pas plus heureux, pendant deux mois de séjour; et malgré les bains, les frictions mercurielles et iodurées qui lui furent prescrits, ou peut-être même à cause de l'influence de ces différens moyens, la tumeur acquit beaucoup plus de volume. Cette tumeur, du reste, présentait les phénomènes suivans lorsque ce militaire fut reçu dans notre établissement, le 8 novembre 1835 : elle a le volume de la tête d'un enfant d'un an et occupe la région inguinale; elle est étendue transversalement depuis l'épine iliaque antérieure et supérieure de l'os des îles jusqu'au corps du pubis, et longitudinalement, depuis quatre travers de

doigt au dessus de l'arcade crurale jusqu'au niveau du repli falciforme, et sous le fascia crural, vers l'union du tiers supérieur avec le tiers moyen de la cuisse; du reste, molle, fluctuante et augmentant de volume par l'impulsion de la toux. La peau est légèrement rougeâtre à son centre; elle est, de plus, un peu amincie; les douleurs des reins sont faibles, et la constitution du malade ne paraît pas altérée; il n'a d'ailleurs ni mouvement fébrile nocturne, ni aucun trouble dans les fonctions digestives, respiratoires et circulatoires. — Trois moxas sur la région lombaire; tisane amère, sulfate de quinine; quart, côtelette, vin rouge.

Le 13 novembre, douleurs vives dans la cuisse et la jambe, une large incision ayant ouvert le centre de la tumeur; une énorme quantité de pus élaboré s'en écoule.

Les 14 et 15, suppuration abondante. — Injections émollientes chlorurées.

Le 16, inflammation assez vive des bords de la plaie; réaction fébrile prononcée. — Trente sangsues, fomentations de sureau; diète absolue, boissons adoucissantes.

Le 17, aucune amélioration; rougeur érysipélateuse très intense. — Quinze sangsues; diète absolue, boissons adoucissantes.

Le 18, l'érysipèle gagne la fosse iliaque ex-

terne, mais il est moins intense. — Diète, fomentations de sureau, boissons adoucissantes.

Le 19, la rougeur est moins vive. — Bouillon maigre et pruneaux, mêmes boissons, injections chlorurées.

Le 20, l'érysipèle envahit la partie antérieure de l'abdomen; la fièvre est plus intense que la veille; une sonde, introduite dans la plaie, pénètre jusqu'à une profondeur de sept pouces, et dans la direction de l'angle sacro-vertébral. — Vingt sangsues sur l'épigastre; diète, limonade, injections chlorurées.

Le 21, il y a moins de fièvre, moins de rougeur; la suppuration est de meilleure nature. — Diète, limonade.

Le 22, l'érysipèle se dissipe, suppuration louable. — Bouillon maigre et pruneaux.

Le 23, la rougeur érysipélateuse se ranime, et gagne la région dorsale; le malade éprouve une céphalalgie intense. — Quinze sangsues autour de l'érysipèle; fomentations émollientes opiacées, diète, limonade.

Les 24 et 25, même état; diète, limonade.

Le 26, l'érysipèle envahit la partie supérieure du dos; suppuration fétide. — Lavement laxatif, limonade.

Le 27, la rougeur érysipélateuse est moindre;

le malade est beaucoup mieux. — Bouillon maigre, pruneaux.

Les 28 et 29, même état, mêmes moyens.

Le 30, l'érysipèle gagne le cou, cependant la fièvre est modérée, la suppuration moins fétide. Mêmes moyens.

Du 30 novembre au 4 décembre, l'érysipèle a disparu; constipation, douleur à l'hypochondre gauche. — Deux ventouses scarifiées *loco dolenti.* — Diète, limonade.

Les 5 et 6, bronchite assez intense. — Emplâtre de poix de Bourgogne sur la poitrine.

Le 7, amélioration sensible.

Du 7 au 18, l'état du malade est satisfaisant; la suppuration se tarit; des bourgeons celluleux se manifestent autour de la plaie. — Quart, côtelette, vin rouge, tisane amère, sulfate de quinine 2 grains.

Du 18 au 25, même état, même traitement, même régime.

Le 26, retour de l'irritation bronchique; nouvelle application d'un emplâtre de poix sur le sternum.

Du 27 décembre au 3 janvier, les symptômes thorachiques diminuent; mais la suppuration devient plus abondante.

Du 3 au 10, l'état local reste stationnaire; le malade maigrit; du 11 au 12, ses forces dimi-

nuent, en même temps que des douleurs se manifestent dans les lombes et dans la cuisse.

Du 12 au 16, suppuration un peu fétide et très abondante; la maigreur fait des progrès; puis la douleur devient vive dans la cuisse : impossibilité de mouvoir le membre; toux fréquente; expectoration abondante.

Du 18 au 25, tendance à la constipation, suppuration fétide et très considérable; commencement de marasme, anorexie, découragement.

Du 25 au 31, le dépérissement marche à grands pas; la faiblesse est extrême; paralysie incomplète du membre malade. La diarrhée succède à la constipation. Ces symptômes s'aggravent successivement jusqu'au 6 février. Le 7, on croit remarquer un peu d'amélioration, les forces semblent renaître; les mouvemens de la cuisse sont plus faciles.

Le 9, la diarrhée reprend avec intensité, le malade s'affaiblit de plus en plus; enfin il meurt le 11 février, à deux heures et demie du matin.

A l'autopsie du cadavre, on trouva les quatre premières vertèbres lombaires détruites assez profondément par la carie. Il existait quelques tubercules à l'état de crudité, et plusieurs à l'état purulent, dans le poumon gauche. Le poumon droit était sain, les bronches offraient une coloration rouge-brun peu prononcé; les autres vis-

cères paraissaient dans l'état normal; le colon ascendant, pourtant, et la valvule iléo-cæcale présentaient quelques traces de rougeur.

Dans cette dernière observation, la durée de la maladie s'est singulièrement prolongée, car en remontant à l'époque de l'apparition des douleurs lombaires, on trouve que près de trois ans se sont écoulés depuis le jour où le malade en a ressenti les premières atteintes jusqu'au moment de la mort. Il est vrai que cette variété dans la durée de la maladie, que l'on peut constater en comparant entre elles les observations précédentes, a été signalée par tous les praticiens. Elle se rencontre également, au reste, pour ce qui concerne l'époque de l'apparition de la tumeur, bien que, le plus souvent, ce soit six, huit ou dix mois après l'invasion des douleurs lombaires ou dorsales qu'elle se manifeste. Brodie (1), cependant, l'a vue survenir au bout de six semaines, et suivant cet auteur, elle se montre, en général, beaucoup plus lentement lorsque l'affection, au lieu d'atteindre les os, est due à l'altération des fibro-cartilages interposés entre les corps des vertèbres.

Un point sur lequel tous les auteurs paraissent d'accord, relativement à la durée des altérations vertébrales, c'est que quand le foyer est large et

---

(1) *Traité des maladies des articulations.*

direct, au lieu d'être étroit et tortueux, les accidens marchent avec une rapidité beaucoup plus grande. Aussi, pendant longtemps, professa-t-on qu'il fallait se garder, dans le traitement des abcès par congestion, de donner à l'ouverture destinée à livrer passage au pus une largeur notable. On avait cru remarquer qu'en suivant cette marche on provoquait une inflammation plus intense, suivie d'une réaction qui pouvait devenir funeste au malade. On croyait, de plus, extrêmement utile de prévenir l'introduction de l'air dans le foyer et, par conséquent, les altérations qui semblaient devoir en être la suite. Ces règles étaient passées avec la force d'axiomes incontestables dans la pratique; les chirurgiens ne semblaient devoir varier désormais que sur les moyens les plus sûrs à mettre en usage pour s'y conformer. Et comme les opérations pratiquées sur les abcès par congestion sont, malgré toutes les précautions, souvent suivies du développement d'accidens graves et d'une mort rapide, on était généralement convenu aussi de retarder le plus possible leur ouverture, afin de prolonger les jours du malade.

La pratique chirurgicale tend à éprouver, sur ces deux points, d'importantes modifications. Plusieurs personnes, et, parmi elles, M. Bégin, professent que les abcès par congestion doivent

être ouverts de bonne heure (1) et largement, aussitôt que l'insuffisance du traitement de la maladie vertébrale par les moxas et les médications internes appropriées est reconnue. Attendre, en effet, que la collection purulente ait acquis un grand volume, n'est-ce pas compromettre l'organisation des tissus au milieu desquels elle s'est formée? n'est-ce pas s'exposer à voir le pus s'épancher dans le petit bassin et y provoquer des désordres bien autrement graves encore que ceux qui existent déjà lorsqu'il vient se présenter à l'aine? Attendre ainsi, n'est-ce pas laisser le sujet s'affaiblir inutilement, et arriver à de telles conditions d'épuisement qu'il soit incapable de supporter le travail inflammatoire et la suppuration prolongée par l'intermédiaire desquels il doit passer pour arriver à la guérison? D'une autre part, craint-on qu'en recourant à une incision étendue on ne donne à l'air un trop libre accès? Mais n'est-il pas préférable d'ouvrir à ce fluide une issue assez large pour qu'il puisse pénétrer et sortir facilement, plutôt que de laisser séjourner le pus dans le foyer? On sait aujourd'hui à quoi s'en tenir sur la prétendue impossibilité de la pénétration de l'air par la méthode

---

(1) M. le professeur Boyer partageait aussi cette opinion, mais il s'était prononcé contre les larges ouvertures.

des ponctions successives; et personne n'ignore qu'après avoir évacué des quantités plus ou moins considérables de pus par cette méthode on voit ordinairement la tumeur se remplir de nouveau en quelques jours, souvent même en quelques heures, et l'ouverture rester ensuite fistuleuse, après la troisième ou la quatrième ponction. Le pus, alors, devient fétide; il séjourne dans le foyer, dont les parois restent écartées, s'irritent et sécrètent un liquide de plus en plus altéré et altérable, qui, par sa résorption, hâte le développement des accidens les plus graves.

En ouvrant les abcès par congestion en temps convenable, et à l'aide d'incisions suffisantes pour les vider complètement, d'une part, les sujets, non affaiblis encore, sont dans des conditions aussi favorables que possible pour supporter les symptômes primitifs et secondaires de l'opération; de l'autre, les parois morbides n'étant plus écartées, obéissent à la tendance générale des cavités vides, au rapprochement; les foyers qu'elles circonscrivent diminuent de dimension, le pus n'y séjournant pas et n'y entretenant pas d'inflammation, s'y altère moins facilement, et la guérison est moins incertaine. Par la méthode ordinaire, il est excessivement rare de voir les sujets se rétablir; par la nouvelle, M. Bégin compte déjà trois succès dans sa pratique, sur dix à douze opérés. Ajoutons qu'il importe de com-

battre avec énergie, après ces incisions, les accidens inflammatoires qui se manifestent souvent avec trop d'intensité, et que, s'il est inutile de les prévenir, comme le conseille M. Lisfranc, par d'abondantes saignées locales, on ne doit pas craindre de recourir largement à ce moyen lorsqu'ils se développent. Il est bien entendu que le traitement de la rachialgie aura dû être commencé avant l'ouverture du foyer purulent, et devra être continué après, afin de favoriser la cicatrisation des érosions osseuses, laquelle constitue seule la guérison définitive.

Telle est, à notre gré, la marche qu'il convient de suivre désormais dans le traitement chirurgical des abcès par congestion. Un des écrivains les plus érudits de l'époque, comme aussi un des chirurgiens les plus habiles, a tout récemment, dans une de ses leçons cliniques (1); retracé l'état actuel de la science touchant cette grave question de thérapeutique chirurgicale, et bien qu'il ne se soit pas prononcé d'une manière définitive, on voit cependant qu'il penche en faveur de notre opinion, et reconnaît les avantages des incisions larges faites dès le début. L'expérience, nous en sommes convaincus, finira par la faire triompher.

---

(1) M. Velpeau, *France médicale*, 28 janvier, 4 février 1837.

ARTICLE IV. — BRULURES.

Bien qu'assez rares dans les hôpitaux militaires, les brûlures se sont offertes à nous en assez grand nombre depuis trois ans. Nous ne rapporterons pas ici la plupart des observations recueillies sur les lésions de ce genre ; elles n'offriraient pas assez d'intérêt. Qu'il nous suffise de dire que, sur huit militaires, nous avons observé des brûlures à la face, au cou, aux bras, aux jambes et aux pieds, aux premier, second, troisième, quatrième et cinquième degrés. Tous ces hommes ont guéri, bien que, chez plusieurs, la brûlure fût très étendue. Un seul succomba, et l'on verra quelles complications vinrent, chez lui, rendre infructueux un traitement presque toujours suivi de succès. Cette observation et une seconde, remarquables à raison de la profondeur de la lésion, sont les seules que nous rapportions.

M. Bégin professa, relativement aux brûlures, la doctrine émise il y a déjà longtemps par Dupuytren. Les divisions de ce grand maître, bien préférables à celles de Heister, de Callisen, et même à celles de Boyer, sont surtout utiles, considérées du point de vue thérapeutique. En effet, parmi les six degrés qu'elles comportent, il n'en est aucun qui ne puisse servir de guide à l'homme

de l'art dans l'indication des moyens qu'il convient d'employer. Aussi la doctrine du chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu a-t-elle été généralement adoptée. Mais c'est moins sur les progrès que ce grand praticien a fait faire à cette partie de la science chirurgicale, que sur les résultats que nous avons obtenus, qu'il nous importe d'appeler l'attention des praticiens. Différent en cela de la plupart des chirurgiens modernes, loin de recourir à des moyens nouveaux pour le traitement des brûlures, M. Bégin s'est contenté de mettre en usage ceux dont l'expérience a depuis longtemps sanctionné l'excellence; et les élèves qui suivent la clinique de notre hôpital ont pu se convaincre qu'ils réussissaient presque toujours. D'où vient donc l'enthousiasme avec lequel tant de personnes préconisent ou accueillent chaque jour des moyens nouveaux contre les brûlures ? N'est-ce pas moins à l'insuffisance des procédés connus qu'au désir de certains praticiens de faire bruiter leur nom, qu'il faut attribuer les éloges prodigués dans ces derniers temps au coton (1), aux aigrettes soyeuses du typha (2), dont Dioscoride (3) semble avoir le

(1) *Glascow med. Journ.* Mai 1828. — *Ann. univ. de méd.* Août 1828.

(2) Vignal, *Thèses de Paris.* 1833.

(3) Lib. III, cap. 33.

premier conseillé l'emploi contre les brûlures, à la compression (1), à la créosote (2)? Ce n'est pas que nous mettions en doute l'authenticité des faits énoncés; mais en présence des observations que nous avons recueillies et de celles publiées avant les nôtres, on est malgré soi conduit à se demander si, dans l'intérêt de la science et de l'art, il ne serait pas convenable, nécessaire même de restreindre les moyens de traitement employés dans les mêmes maladies. La science y gagnerait autant que l'art en considération, et le jeune médecin, une fois livré à lui-même, cesserait d'être en proie aux hésitations auxquelles le livrent nécessairement les éloges que chaque écrivain prodigue si libéralement aux moyens dont il fait usage. Ainsi, à en croire un praticien distingué de notre ville (3), aucun moyen, pour le traitement des brûlures, ne serait à comparer à celui du docteur Kentisch (4). Or, qui ne sait que la méthode préconisée par le médecin d'ou-

---

(1) M. Bretonneau, *De l'utilité de la compression dans les inflammations idiopathiques de la peau.* Paris, in-4°, 1835. — Velpeau, *Arch. gén. de méd.*, t. II, p. 418.

(2) *Bull. gén. de thérap.* Octobre 1833.

(3) *Mém. et observ. de chirurgie prat.*, par J.-S. Aronssohn; premier fascicule, 1836, p. 91.

(4) *An Essay on Burns, etc., etc.* London, 1797, in-8°. — *A Second Essay on Burns.* Newcastle, 1800.

tre-mer, bien qu'ayant réussi dans un certain nombre de cas, a été si souvent insuffisante, qu'il est prudent de n'y recourir qu'avec réserve, et qu'il serait plus sage encore de lui préférer d'autres moyens plus sûrs dans leur action, moins susceptibles de provoquer des accidens graves, si communs lorsqu'on fait brusquement succéder une médication débilitante à une médication stimulante énergique? Est-il rien, d'ailleurs, de plus bizarre, de plus chimérique que la loi sur laquelle repose le traitement anglais? et, à moins de substituer les rêves d'une imagination crédule à la voix de la raison, est-il possible de comprendre *que toute partie de notre organisation dont l'action aura été augmentée à un très haut degré doit continuer à être excitée, mais à un degré moindre, soit par le stimulus qu'avait produit la première excitation, soit par tout autre stimulus ayant la plus grande analogie avec le premier, jusqu'à ce que l'excitation ordinaire soit ramenée graduellement au degré naturel de la santé?* En vain on dira que l'idée de traiter les brûlures par les excitans n'est pas nouvelle; que les anciens et après eux Fernel, Paré, Heister, van Swieten, exposaient immédiatement à la chaleur les parties qui avaient été le siége de cette lésion. Mais qui ne voit tout d'abord la différence qui existe entre les deux méthodes?

Dans celle du médecin de la Grande-Bretagne, en effet, il s'agit non seulement de lotions alcooliques brûlantes et rendues plus énergiques à l'aide des huilesessentielles, mais encore de l'administration, à l'intérieur, de substances capables de causer la plus grande excitation possible dans l'économie : l'éther, l'alcool, le vin, l'opium, etc. Dans la première, au contraire, l'indication est unique et se borne à approcher la brûlure du feu, afin de favoriser plus tôt la résolution, encore n'est-elle applicable qu'aux brûlures légères. A notre avis, donc, la méthode du docteur Kentisch est loin de mériter les éloges qu'on lui a prodigués, et nous lui préférerions sans hésiter celle que recommandait Dupuytren.

Appliquer de bonne heure les réfrigérans sur les brûlures du premier et du second degré, quand il n'existe aucun phénomène grave et que l'épiderme n'est pas enlevé; ne jamais oublier de conserver celui-ci intact, et de donner par une simple piqûre issue au liquide contenu dans les phlyctènes; continuer les applications froides jusqu'à ce que la douleur soit apaisée; puis, si malgré ces moyens, l'inflammation se manifeste, la combattre par les antiphlogistiques locaux et généraux : telle nous paraît devoir être la con-

duite qu'il faut tenir dans les premiers temps du traitement de ces brûlures. Ces moyens, recommandés par B. Bell et sir James Earle (1), nous paraissent, à cause de leur simplicité, préférables aux applications du vinaigre recommandées par le brasseur Cleghorn (2), aux dissolutions de sulfate de fer, de sulfate d'alumine et de potasse, et, à plus forte raison, à la compression et aux corps gras; la première pouvant provoquer l'irritation qu'on a tant intérêt à faire avorter, les seconds pouvant, par leur présence, apporter obstacle à la transpiration cutanée et favoriser la formation de phlyctènes.

Dans les brûlures avec escarre, recourir également, dès le début, aux applications froides, et, au bout de quelques jours, hâter leur chute à l'aide de fomentations émollientes ou de cataplasmes de même nature; enlever à l'aide de ciseaux celles qui ne tiennent plus que par quelques lambeaux, puis une fois la suppuration établie, soustraire la plaie le plus possible au contact de l'air et favoriser la cicatrisation par les moyens ordinairement en usage. Telle est, en résumé, la

---

(1) *Essay on the meaus of bessening the effects of fire in the human body*. London, in-8°, 1803.

(2) Hunter, *Medic. faits and observations*, vol. II.

thérapeutique à l'aide de laquelle on parviendra, le plus souvent, à mener à guérison la plupart des brûlures. Nous avons pu constater, par de nombreuses observations, que le coton qui, les premiers jours, paraissait produire un bon effet, ne tarda pas ensuite à irriter les parties, et nous tenons de notre honorable et savant ami, M. Boyer, professeur de pathologie chirurgicale à la Faculté de Strasbourg, que cette substance, essayée à Montpellier, comparativement avec le cérat opiacé, n'a produit que des résultats négatifs, défavorables. On sait d'ailleurs que Delpech ne connaissait rien qui fût préférable à ce dernier médicament, et les bons effets que nous en avons retirés nous autorisent à penser que les éloges que lui donnait ce professeur sont mérités. Les essais des chlorures, faits à notre hôpital, par M. Béclard, ne nous paraissent pas devoir justifier les avantages que leur attribue M. Lisfranc (1) : il est vrai que les observations n'ont pas été assez multipliées pour pouvoir en tirer des conséquences rigoureuses. Quant aux bandelettes de diachylon gommé qui, suivant M. le professeur Velpeau, doivent accélérer la cicatrisation, peut-être a-t-on trop exagéré leurs avantages. Lorsque, d'ailleurs,

---

(1) *Revue médicale*. Juin 1826.

l'abondance de la suppuration nécessite deux à trois pansemens par jour, on conçoit que leur usage doive être pour ainsi dire inutile. A ce propos, nous devons dire que rien ne nous semble plus propre à hâter la guérison des brûlures que la rareté des pansemens : c'est un fait que nous avons été à même de constater à la double clinique de l'hôpital militaire et de l'hôpital civil, et sur lequel nous ne saurions trop insister. Quant aux moyens d'éviter les cicatrices difformes ou les rétractions qui suivent si souvent les brûlures qui ont détruit la totalité du derme, nous avouons que la difficulté est des plus grandes et quelquefois insurmontable. Chez un de nos malades, malgré les précautions les mieux indiquées, la rétraction a eu lieu et il a fallu réformer le sujet. Les traitemens les mieux entendus sont loin d'être toujours suivis de succès, et les brûlures doivent être placées au nombre des affections où les secours de l'art, quelque rationnels qu'ils puissent être, ne peuvent souvent empêcher non seulement les difformités, mais encore la mort. Celle-ci, comme on le sait (1), peut survenir à quatre périodes différentes : période d'irritation, période d'inflam-

(1) Dupuytren, ouvrage cité, p. 216.

mation, période de suppuration et période d'épuisement. C'est à la dernière cause que doit être attribuée la mort du seul brûlé que nous ayons perdu depuis cinq ans, et dont l'observation succincte terminera les réflexions auxquelles nous nous sommes volontairement laissé entraîner.

L***, canonnier au 4e d'artillerie, entra à l'hôpital militaire de Strasbourg, le 10 février 1836, pour une brûlure de la jambe droite au troisième degré. Envoyé, presque aussitôt après l'accident, à l'hôpital, on s'empressa d'appliquer sur l'endroit de la brûlure des compresses trempées dans de l'eau végéto-minérale. Les premiers jours s'écoulèrent sans aucun accident, puis, vers le septième, des signes d'irritation gastro-céphalique survinrent, et furent combattus avantageusement par les antiphlogistiques. L'irritation une fois tombée, la brûlure marcha vers la guérison; mais, de temps à autre, apparaissaient des phénomènes d'irritation générale et locale; les bords de la plaie devenaient rouges, douloureux; à ces symptômes se joignaient de l'anorexie, de la soif, phénomènes dont, au reste, on se rendait assez facilement maître à l'aide de sangsues ou de fomentations émollientes. Enfin, après des alternatives de bien et de mal-être, on vit se développer une tumeur fluctuante à la partie inférieure et

interne de la cuisse; elle fut ouverte, et il en sortit une quantité énorme de pus assez mal lié : la brûlure marcha ensuite vers la cicatrisation, mais les écarts de régime auxquels se livrait souvent le malade amenèrent de la diarrhée. Le travail inflammatoire, développé à la partie supérieure de la cuisse, fut combattu à l'aide de sangsues, et le malade sembla reprendre des forces : la plaie de la cuisse se ferma, mais les parties sous-jacentes se tuméfièrent, et la constitution du malade se détériora; la diarrhée ne le quitta pour ainsi dire plus, le sommeil fut agité, et, malgré les soins les mieux entendus, la mort survint le 5 juillet 1836, dans un degré avancé de marasme.

La plaie de la cuisse était alors ouverte et laissait écouler une certaine quantité de pus de mauvaise nature.

A l'autopsie, on trouva, outre du pus placé sous les muscles profonds de la partie interne de la cuisse correspondante à la brûlure, une péritonite chronique, avec épanchement purulent. Chose étonnante! ce militaire, pendant la vie, n'avait jamais accusé *aucune douleur abdominale*. Les gros intestins étaient rouges sur plusieurs points de leur étendue, mais sans ulcération.

DIX-SEPTIÈME OBSERVATION.

Brûlure aux pieds, au cinquième degré. — Pansement avec les réfrigérans opiacés. — Guérison.

K***, ouvrier à la fonderie d'artillerie, âgé de quarante-trois ans, d'une constitution robuste, entra à l'hôpital militaire de Strasbourg le 12 mars 1836. Ce militaire, occupé à travailler à l'arsenal, avait imprudemment laissé glisser ses pieds dans une petite fosse, ou *loup*, destinée à recevoir le métal en fusion, provenant de l'excédant de la fonte d'une pièce d'artillerie. Retiré de ce lieu de douleur à l'instant même et envoyé aussitôt à l'hôpital, il présentait les symptômes suivans :

Les deux pieds, bien que préservés par d'épais souliers et par de fortes guêtres, étaient profondément brûlés à toute leur face dorsale, dans les contours de l'articulation tibio-tarsienne et jusqu'au quart inférieur de la jambe. La face plantaire, recouverte par un épiderme plus dur, protégé par la semelle de la chaussure, ne paraissait pas avoir souffert, et ne perdit, en effet, plus tard, que son épiderme. Le pied droit,

plongé le premier dans le métal, en avait plus fortement ressenti l'impression que le ganche. Quoique profonde, la double brûlure présente différens degrés, depuis l'érythême jusqu'à la carbonisation. Le pouls est petit, faible; le visage pâle, le corps froid, et le malade dit éprouver des frissons et un malaise général. Les douleurs que cause la brûlure sont d'ailleurs modérées.

On recouvre les parties avec des compresses fenêtrées, enduites de cérat opiacé, et des fomentations de décoction de guimauve opiacée; on prescrit, en outre, une potion antispasmodique; le malade est mis à une diète absolue.

Le 13, les douleurs sont plus vives que la veille; un peu de réaction survient et est caractérisé par la plus grande fréquence du pouls, la chaleur anormale de la peau, une soif assez vive. Mêmes moyens : boissons adoucissantes, saignée de douze onces.

Le 14, douleurs moins intenses, réaction moins vive : diète, boissons adoucissantes. Ce traitement est continué jusqu'au 18. On lève alors l'appareil de pansement; les escarres de la surface dorsale du pied se détachent, celles situées à la région externe, plus profondes, continuent à adhérer aux parties sous-jacentes; le

malade est d'ailleurs assez bien. Même pansement que les jours précédens; bouillon gras et pruneaux.

Le 20, on lève de nouveau l'appareil; les parties atteintes seulement jusqu'au derme se détergent, celles plus profondément brûlées, au côté externe de chaque pied, sont encore recouvertes de leurs escarres. Même pansement; soupe et riz au lait.

Le 22, les escarres du pied gauche, moins profondes que celles du pied droit, commencent à se détacher; le derme, mis à nu sur une assez grande étendue, est d'un rose vif. Quart et riz au lait matin et soir.

Le 26, les brûlures se nettoient, et sur celles du troisième degré la cicatrisation commence par de petits points isolés; les escarres du pied droit persistent.

Le 28, les points isolés de cicatrisation se multiplient et représentent des îlots séparés par quelques lignes de surfaces encore ulcérées : cela, toutefois, n'a lieu que pour le pied gauche, les escarres du pied droit n'étant pas encore entièrement tombées.

Le 30 mars, au renouvellement d'une partie de l'appareil du pied droit, on reconnaît qu'une assez grande portion de l'escarre est confondue

avec la suppuration; quant au pied gauche, la cicatrisation fait des progrès rapides, surtout du côté interne.

Le 4 avril, le pied gauche est presque entièrement cicatrisé; le droit se déterge à sa partie externe, et la cicatrisation s'opère du côté interne.

Le 6, les cicatrices s'étendent et s'affermissent sur l'un et l'autre pied : l'eau blanche est substituée à la décoction émolliente, chlorurée, dont on avait arrosé jusque-là les pièces de l'appareil. Un peu de diarrhée est survenu pendant la nuit. Riz au lait, eau de riz gommée et opiacée, demi-lavement amylacé et opiacé.

Le 8, le trouble intestinal est moindre; cependant il existe encore un peu de diarrhée : la cicatrisation continue à faire des progrès.

Le 10, persistance de la diarrhée, anorexie, pouls légèrement fébrile; la cicatrisation reste stationnaire, surtout à la surface dorsale des pieds et sur les côtés de la malléole externe. Le pied gauche présente une cicatrice sous forme de bande, d'un pouce de largeur environ, et étendue du gros orteil au cou-de-pied; mais, de chaque côté, il existe encore une surface ulcérée, plus large et plus longue du côté externe que du côté interne. Mêmes moyens : application du

coton sur les surfaces ulcérées du pied droit.

Le 12 avril, l'état général du blessé est peu satisfaisant; la diarrhée continue, le visage est altéré, le pouls est fébrile et le trouble intestinal s'aggrave. Diète, eau de riz gommée, lavement amylacé et opiacé, fomentations émollientes sur l'abdomen.

Le 13, même état, mêmes prescriptions.

Le 14, la diarrhée a cessé; le malade ressent de l'appétit. Riz au gras, eau de riz gommée.

Le 15, la faiblesse du malade est très marquée; la diarrhée n'a pas reparu : la surface de la plaie est assez belle, mais la suppuration est très abondante. Riz au gras, eau de riz gommée, vin sucré quatre onces.

Le 16, selles liquides, mais rares; les plaies sont en meilleur état et la cicatrisation marche de nouveau.

Les 17 et 18, le malade est toujours très faible; cependant les plaies ont un bon aspect, et la cicatrisation s'opère, surtout à la partie interne; à la partie externe, la suppuration, quoique peu abondante, fait adhérer ensemble les filamens de coton, de manière à constituer une coque qu'on est obligé d'enlever par morceaux, pour pénétrer jusqu'à elle et lui donner issue.

Cet homme montra un tel désir de sortir de l'hôpital pour aller s'établir chez sa mère, que, de crainte d'ajouter encore, par un refus, à l'état de faiblesse dans lequel il se trouve, le chirurgien en chef y donne son consentement, à condition qu'un chirurgien de l'hôpital ira le panser chaque jour.

Cette promesse fut fidèlement remplie jusqu'à la guérison complète, qui n'eut lieu que plus tard et après plusieurs accidens. Le coton, qui d'abord avait paru produire un bon effet, irrita bientôt les parties cicatrisées, et en aurait vraisemblablement déterminé l'ulcération, si l'on ne s'était empressé de l'enlever. On eut recours alors au traitement employé précédemment, les compresses trempées dans le vin aromatique furent employées avec succès. La cicatrisation, entravée longtemps par le trouble des fonctions digestives, eut lieu enfin, mais non sans laisser le malade singulièrement affaibli et ayant besoin de soins assidus pour se remettre d'une aussi grave maladie.

ARTICLE V. MALADIES DE L'APPAREIL NERVEUX.

1°. *Plaies de tête.*

Les plaies de tête, toujours communes dans es hôpitaux militaires, s'y présentent avec toutes es variétés qu'elles comportent et qu'expliquent es causes diverses de combats singuliers, de ixes ou d'accidens fortuits, tels que chutes de ieux élevés, qui peuvent les produire chez les oldats.

Feu M. Béclard avait l'habitude de faire panser ı plat les plaies des tégumens du crâne. Aujourl'hui qu'une autre méthode a prévalu et mérite, ans contredit, d'être préférée à l'ancienne, ce nous est pourtant un devoir de dire que, depuis l'année 1827 jusqu'en 1832, nous n'avons que rarement vu survenir des accidens sérieux à leur suite; et pourtant, parmi plus de trente blessures de tête reçues pendant ce laps de temps, quelques unes ont été assez graves; la suivante, entre autres, mérite de trouver place ici.

DIX-HUITIÈME OBSERVATION.

Plaie à lambeau, étendue. — Réunion immédiate. — Guérison.

Un soldat du 39e de ligne, pris de boisson,

rencontra en retournant au quartier, le 23 décembre 1827, plusieurs garçons-brasseurs qu'il injuria; ceux-ci ne répondirent pas d'abord; mais, invectivés de nouveau, ils se retournèrent et frappèrent le militaire avec assez de violence pour le faire tomber sur le pavé. Il en résulta une plaie à lambeau de quatre pouces de longueur environ, située sur la partie latérale gauche du crâne, et, de plus, une commotion assez forte pour faire perdre connaissance au blessé.

Les auteurs de cette blessure ayant fui aussitôt après la chute du militaire, celui-ci resta, pendant quelques minutes, privé de tout secours; puis, rencontré par des soldats de son régiment, il fut conduit au quartier, et dirigé immédiatement sur l'hôpital. A son arrivée, il avait à peine repris connaissance, et présentait les symptômes suivans :

Il existe à la partie supérieure et latérale du crâne, et à l'endroit correspondant au pariétal, une plaie à lambeau, qui a mis le péricrâne à découvert dans une étendue de trois pouces environ de longueur, sur quatre de largeur. Ce lambeau, détaché supérieurement, est renversé et tient au reste des tégumens du crâne par sa partie inférieure. Il est facile, d'ailleurs, de le remettre, et même de le maintenir en position, à cause de sa situation élevée. Les parties avoi-

sinantes et la plaie elle-même sont remplies d'une assez grande quantité de sang, les cheveux en sont teints. Du reste, on n'observe de fracture ni à l'endroit correspondant à la blessure, ni en aucun autre point de la tête.

Le blessé paraît hébété, répond par monosyllabes aux questions qu'on lui adresse, et n'accuse aucune douleur. La température de son corps est moindre que dans l'état naturel, le visage est pâle, et la peau présente cet état particulier, connu sous le nom de chair de poule; le pouls est petit; les mouvemens de l'iris faibles, mais réguliers; le malade n'a point rendu de matières fécales; et interrogé à l'effet de savoir s'il pourrait évacuer de l'urine, il répond affirmativement, mais prie que, pour le moment, on le laisse tranquille.

Le chirurgien de garde prescrivit, à l'intérieur, une légère infusion de tilleul tiède, appliqua des sinapismes aux jambes, et, après avoir préalablement rasé les environs de la plaie, couvrit celle-ci de quelques compresses trempées dans de l'eau de Goulard, et d'un bandage approprié qui maintenait le lambeau en place.

Pendant les premières heures qui suivirent, les symptômes restèrent à peu près tels que nous venons de le décrire; mais à minuit, au calme qui

avait régné jusqu'alors, commença à succéder une loquacité délirante, d'autant plus embarrassante qu'elle pouvait être prise pour un résultat de l'ivresse ou d'un commencement d'encéphalite. M. Béclard, arrivé peu d'instans après le pansement, recommanda la saignée, dans le cas où un peu plus de délire se manifesterait; mais, dans l'état de perplexité où se trouva le chirurgien de garde, relativement à la nature de la loquacité, il ne voulut pas prendre sur lui de recourir à la lancette, et fit appeler de nouveau le chirurgien en chef. Celui-ci hésita un instant, mais ayant reconnu que la tête, loin d'être brûlante, avait à peine la chaleur naturelle, que les artères temporales battaient faiblement, et que le blessé ne se plaignait d'aucune douleur de tête, il crut convenable d'ajouter une demi-once d'acétate d'ammoniaque à la boisson déjà prescrite, et fit appliquer de nouveaux sinapismes aux extrémités inférieures, puis recommanda, en même temps, de cesser d'arroser les compresses qui avaient été mises sur la plaie.

Le reste de la nuit se passa à peu près dans le même état; cependant, vers cinq heures du matin, le blessé se tut, s'assoupit et sommeilla jusqu'à l'heure de la visite.

Alors il répondait parfaitement juste à toutes

les questions qui lui étaient adressées, se rappelant tout ce qui était arrivé jusqu'au moment où il perdit connaissance.

Interrogé à l'effet de savoir s'il éprouvait de la douleur dans quelque région de la tête, il répondit négativement, et nous assura même que celle de la plaie était très légère.

Celle-ci fut alors mise à découvert, et l'on reconnut de nouveau qu'il serait possible de maintenir le lambeau en place sans avoir recours à l'emploi de la suture, le pansement fut des plus simples. On se contenta d'appliquer sur le lambeau, ainsi qu'on l'avait fait la veille, deux compresses épaisses, maintenues à l'aide d'une bande destinée à l'empêcher de tomber sur les parties latérales de la tête; le blessé fut mis à la diète, des bains de pieds furent prescrits, et une saignée dut être pratiquée, si le pouls s'élevait, et si la tête devenait douloureuse.

La journée fut calme, le sujet demanda même à manger; mais il fut assez sage pour ne rien acheter à ses voisins. La nuit fut très bonne, le sommeil paisible, et, à la visite du matin, l'examen le plus attentif ne fit découvrir aucun phénomène morbide. La plaie marcha promptement vers la guérison, et ce militaire sortit de l'hôpital le trente-deuxième jour après son entrée.

Cette observation a présenté une particularité

digne de fixer l'attention ; je veux parler du délire survenu à la suite de la commotion, et qui a mis un moment le chirurgien en doute sur l'espèce de moyens qu'il convenait d'employer pour le combattre. Cette circonstance peut, en effet, devenir embarrassante. N'est-il pas possible, par exemple, qu'un homme ivre éprouve une commotion cérébrale, accompagnée ou non de blessure qui suspende pour quelques instans l'exercice des fonctions du cerveau, et soit ensuite suivie d'une encéphalite commençante, dont le délire sera le premier symptôme? Dans la plupart des cas, la nature du délire, l'époque de son développement, le genre d'idées dont il s'accompagne, l'état de l'intelligence, de la face et des autres organes permettront au chirurgien de reconnaître à quelle cause il doit l'attribuer, et de choisir les meilleurs moyens pour combattre. Dans les cas où le diagnostic offrirait momentanément plus de difficultés, si la réaction était vive, la tête chaude, brûlante et douloureuse, le pouls plein; si les artères temporales battaient avec force, et qu'à ces symptômes se joignît une coloration prononcée de la face, dans le doute, mieux vaudrait recourir aux antiphlogistiques que de rester inactif. Une saignée générale ou locale ne saurait, en supposant que le délire fût le résultat de l'ivresse, être gravement préjudicia-

ble, tandis que l'oubli de ce moyen, dans une encéphalite commençante, pourrait compromettre les jours du malade.

Les érysipèles, qui constituent un des accidens les plus fréquens des plaies de tête, compliquent surtout celles qui sont bornées aux tégumens du crâne. Cette affection n'est, toutefois, pas très rare à la suite des plaies pénétrantes de cette région : on trouve dans les auteurs quelques observations qui constatent que ces érysipèles peuvent exercer une heureuse influence sur l'issue de la blessure, en appelant à l'extérieur le travail inflammatoire et en diminuant les chances de l'encéphalite. M. Gama a rapporté un fait propre à démontrer cette proposition (1). Il n'en a pas été malheureusement de même dans l'observation suivante.

DIX-NEUVIÈME OBSERVATION.

Plaie pénétrante de la tête par instrument tranchant. — Encéphalite traumatique. — Érysipèle. — Mort.

Un militaire du 53e de ligne reçut, le 9 mars 1828, en se battant en duel, un coup de sabre

---

(1) *Traité des plaies de tête et de l'encéphalite*, 2e édit. 1836.

si violent sur le pariétal droit, qu'il tomb sur-le-champ, et que les témoins le cruren mort. Ils coururent aussitôt vers lui, et l'ayan relevé, ils s'aperçurent que le sang coulait e abondance de la plaie, et qu'il existait (ce son leurs propres expressions) une fente de deu pouces environ à l'os, à travers lequel on sentai battre le cerveau. Le blessé fut transporté de suit à l'hôpital; il présentait les symptômes suivans

A la partie moyenne du pariétal droit, exist une plaie de deux pouces de longueur, dirigé verticalement, et qui, après avoir pénétré jus qu'à l'os, a divisé complètement celui-ci e entamé la dure-mère dans l'étendue de deu lignes environ; la solution de continuité faite à l'os est un peu plus grande et de dix lignes en viron.

Interrogés sur les circonstances qui accompa gnèrent cet accident, les témoins répondirent qu la blessure avait été faite avec un sabre d'artille rie à cheval nouvellement affilé et porté sur l crâne avec une grande force. Du reste, depuis l moment de la blessure, le sujet n'a répondu à aucune question. Il était d'ailleurs, ajoutèrent-ils, de sang-froid au moment du combat, et s'y étai engagé, persuadé qu'il en sortirait victorieux.

Les fonctions intellectuelles et sensoriales son suspendues; la vie organique seule se continue

encore. La face est pâle, le corps sensiblement plus froid que dans l'état naturel, le pouls petit, les mouvemens du cœur réguliers; il n'y a point eu de déjections alvines au moment de l'accident, et lorsque l'on pince la peau, le blessé retire les membres vers le tronc.

Cet état de commotion fut combattu à l'aide de sinapismes appliqués aux extrémités inférieures, en même temps qu'une infusion théiforme aromatique était administrée par la voie de l'estomac, et des frictions faites sur les membres supérieurs. Quant à la plaie, on se contenta, provisoirement, de la recouvrir d'un linge fenêtré enduit de cérat, sur lequel on plaça un peu de charpie, sans toutefois y exercer de compression, de crainte de s'opposer à l'écoulement du sang, qui pourrait se faire des parties profondes vers la surface extérieure.

Le blessé resta près de trois heures dans le même état, alors la chaleur du corps s'éleva graduellement; le visage se ranima, le pouls devint plus fort, et l'usage de la raison reparut. Le premier mouvement que manifesta cet homme fut celui de l'étonnement : il demanda ensuite avec anxiété si sa blessure était mortelle, voulant, disait-il, dans le cas de l'affirmative, prendre quelques dispositions testamentaires. Le chirurgien en chef examina de nouveau la plaie, puis, après

avoir remarqué qu'il ne s'écoulait presque plus de sang de ses bords, et que l'hémorrhagie ne semblait plus à craindre, il crut ne pouvoir mieux faire, les parties voisines ayant été rasées, que de soustraire la solution de continuité au contact de l'air, en réunissant ses bords à l'aide de bandelettes agglutinatives, faisant en cette circonstance, comme il le dit le lendemain à la clinique pour les plaies de tête, ce qu'il est de précepte général de faire pour les plaies de poitrine.

Le 10, le blessé, après avoir dormi une partie de la nuit, se trouvait dans un état très rassurant; toutefois, comme les artères temporales battaient avec une certaine force, et que le pouls était plein, une saignée de douze onces fut pratiquée, des bains de pieds sinapisés prescrits, et la diète la plus rigoureuse recommandée; un lavement purgatif fut administré vers deux heures.

Durant la soirée, un peu de chaleur s'étant développée au front, le chirurgien de garde y appliqua des compresses trempées dans la solution de Schmucker (1), et le malade eut une nuit assez tranquille. La soif, cependant, fut plus vive que

---

(1) La solution indiquée par ce praticien est la suivante : tartrate de potasse, 4 onces; ammoniaque, 2 onces; vinaigre, 11 onces; eau, 10 livres. Il n'existe pas, selon lui, de meilleur moyen pour faire avorter les inflammations et surtout les encéphalites traumatiques.

dans la journée. Lavement purgatif à minuit, le premier n'ayant provoqué qu'une selle.

Le 11, à la visite du matin, la chaleur du front était la même, et le blessé accusait à cette région une douleur dont il ne s'était pas plaint jusqu'alors. Les artères temporales battaient toujours avec force, le pouls était plein, quoique peu fréquent, la langue légèrement jaunâtre; le pourtour des ailes du nez et la face elle-même présentaient une teinte de même nature. Le lavement purgatif n'avait pas provoqué de selle. Du reste, il n'existe, à la région qu'occupe la plaie, aucune douleur; on n'y aperçoit aucune trace de suintement sanguinolent. — Saignée de douze onces, quinze sangsues à la tempe gauche et au front, bains de pieds sinapisés, lavement purgatif, applications froides sur le front.

Le 12, la journée a été assez mauvaise; le blessé, agité à diverses reprises, s'est montré souvent inquiet; il a accusé de la douleur à l'endroit correspondant à la blessure, et a continué à se plaindre de la tête. Il a peu dormi, et son sommeil a été agité par des rêves effrayans. A la visite du matin, outre les symptômes de la veille, qui n'ont point diminué, il se plaint de nausées et d'envies de vomir; la langue est devenue plus jaune, le teint du visage plus foncé, la douleur du front plus intense; c'est surtout la partie sus-orbitaire de cette région qui en est le siége. La

plaie étant douloureuse, on enlève les bandelettes, et on reconnaît que les lèvres de la solution de continuité des parties molles sont tuméfiées et d'un rouge brun; la surface des os est grisâtre; quant au fond de la plaie, la dure-mère ne présente rien de particulier, et l'ouverture qui existait primitivement à cette membrane est recouverte par le boursouflement des parties divisées. La tuméfaction des lèvres de la plaie s'étend peu dans les parties environnantes, qui sont cependant douloureuses et offrent une disposition à l'érysipèle on ne peut plus manifeste : le malade a de la loquacité.

Une incision est faite de chaque côté des lèvres de la plaie, afin d'en opérer le dégorgement et de s'opposer à l'étranglement; une nouvelle saignée de six onces est pratiquée, des sangsues en permanence sont appliquées sur le front, on réitère les bains de pieds sinapisés; un lavement émollient est administré, et quinze sangsues sont placées à l'épigastre.

Cette médication énergique ne diminue en rien la gravité des symptômes, et le soir même un érysipèle assez considérable a envahi la plus grande partie du front et du pariétal droit. Plusieurs vomissemens sont survenus; le blessé a du délire, la fièvre est vive, et la face, jusque-là jaunâtre, est colorée d'un rouge vif.

L'insuccès des émissions sanguines paraissant contre-indiquer l'emploi de nouvelles saignées, un large vésicatoire fut appliqué sur l'endroit de la tête envahi par l'érysipèle, excepté cependant le point correspondant à la plaie, et l'on revint aux sinapismes aux jambes. Ces moyens furent suivis d'un résultat plus avantageux que ceux mis en usage jusqu'alors. Le délire cessa vers les trois heures du matin, les vomissemens ne reparurent plus, et la fièvre tomba presque entièrement.

Le 13, le malade, à la visite du matin, est mieux; le pouls est à peine fébrile, la douleur susorbitaire est moindre; cependant, on observe toujours de la chaleur à la tête et de la tendance à la loquacité; la langue est plus humide, moins jaunâtre; il n'y a presque plus de soif. — On continue les mêmes boissons que les jours précédens, c'est à dire l'eau de gomme et les potions gommeuses; les lavemens émolliens sont de nouveau administrés, et des sinapismes sont placés aux cuisses.

Quant à la plaie, elle est à peu près dans le même état que la veille; cependant, en examinant avec attention le fond de l'ouverture faite à l'os, on voit que la dure-mère, moins dense que les jours précédens, semble même un peu ramollie;

les bords, toujours tuméfiés, laissent écouler un pus sanguinolent.

La journée se passe à peu près dans le même état; le soir, la douleur a diminué; la soif s'éteint presque entièrement; les vomissemens sont arrêtés; il y a eu une selle naturelle.

Le 14, la nuit est assez calme, le malade a dormi paisiblement. A la visite du matin, il se sent mieux et reprend courage. La langue est humide, l'enduit jaunâtre a disparu, l'érysipèle paraît gagner les paupières, la face est toujours très colorée, et le front très chaud. L'état de la plaie est le même que le jour précédent. — Même prescription.

Vers quatre heures, le pouls a repris de la fréquence, et le délire, quoiqu'à un degré moindre, a reparu; la langue est redevenue plus sèche, la soif est plus vive, la chaleur plus intense, et tous ces phénomènes s'aggravent encore pendant la nuit.

Le 15, à la visite du matin, le blessé est fort agité; il parle sans cesse; les yeux sont saillans, le visage est en feu. L'érysipèle n'a plus fait de progrès; il s'écoule de la sérosité putride des bords de la plaie; la dure-mère semble se détacher des os, aux environs de la fracture. Le pouls est fréquent et petit, les forces déclinent sensi-

blement; la langue est sèche, et le sujet exhale une odeur de souris qui frappe tous les assistans. —Deux vésicatoires aux cuisses, mêmes boissons.

Le malade est assez tranquille; le pouls reprend de la force; le mieux est sensible, surtout vers le soir.

Le 16, la nuit a été assez paisible, le malade s'est assoupi pendant deux heures. A la visite du matin, il paraît assez calme; mais la faiblesse s'est accrue; le pouls est petit et très fréquent; la langue est redevenue humide; mais la tête, surtout à sa partie frontale, est brûlante. La plaie et les environs sont à peu près dans le même état. — Boissons adoucissantes, lavement émollient, cataplasmes sinapisés.

Le 17, vers deux heures du matin, le délire reparaît, il est bientôt suivi de coma, et le blessé succombe à neuf heures du soir, après une agonie de deux heures.

Autopsie du cadavre trente-six heures après la mort.

Crâne, parties extérieures. La partie envahie par l'érysipèle, et sur laquelle le vésicatoire a été appliqué, est en pleine desquamation. Les environs de la plaie sont seuls tuméfiés, et une incision pratiquée dans les tégumens, jusqu'à l'os, laisse écouler une certaine quantité de pus sanguino-

lent. Les bords de la fracture sont baignés de sérosité purulente qui paraît provenir de la dure-mère. La fracture est directe, et bornée à l'endroit où l'instrument a frappé. Les paupières supérieures sont un peu tuméfiées, rougeâtres et légèrement infiltrées de sérosité rosée.

Intérieur du crâne. Les os ayant été sciés circulairement, et la calotte enlevée avec tous les ménagemens possibles, on peut remarquer, à l'endroit correspondant à la plaie, que la dure-mère est ramollie dans l'étendue de six lignes environ, et a cessé, sur ce point, d'adhérer à la table interne de l'os, qui est d'ailleurs intacte. L'ouverture de la dure-mère, faite par l'instrument vulnérant, a une ligne et demie environ, et la substance cérébrale qui y correspond est un peu ramollie. Incisée profondément, cette partie du cerveau paraît saine ; il n'en est pas de même des lobes antérieurs, qui offrent les traces d'une vive inflammation. Sur le lobe gauche, surtout, les membranes sont épaissies ; la substance cérébrale contient une grande quantité de sang, et l'on arrive enfin à un endroit, correspondant aux fosses orbitaires, où la suppuration est manifeste. Elle est bien moins prononcée du côté droit. A cet endroit, c'est plutôt un ramollissement purulent que du véritable pus. Les autres parties de l'encéphale ne présentent rien de particulier.

Poitrine : les poumons sont gorgés de sang, mais sans altération; les cavités du cœur, médiocrement distendues, ne présentent aucune lésion.

Abdomen : l'estomac, les intestins, le foie, la rate, les reins et la vessie sont dans l'état normal : on ne trouve dans le ventricule aucune trace d'irritation. Les parois intestinales paraissent amincies, et sont plus pâles que celles du reste du tube digestif.

Réflexions.

Le militaire dont nous venons de rapporter l'observation a évidemment succombé à une phlegmasie de la partie antérieure du cerveau, circonstance qui semble confirmer les idées de M. Gama. Ce savant observateur professe, en effet, que la partie antérieure de l'encéphale est plus souvent que le reste de l'organe le siége de l'inflammation, après les plaies de tête. Un peu plus de rapidité encore dans la marche de la maladie, ou quelques jours d'existence de plus chez le malade, et la paralysie succédant au délire, on aurait à bon droit diagnostiqué un épanchement; et s'il se fût trouvé là quelque partisan du trépan, il n'aurait cru sa conscience en repos qu'en pratiquant une ou plusieurs perforations du crâne sur le point correspondant à la fracture. Comment, en effet, supposer que la phlegmasie ira se fixer sur la par-

tie profonde des lobes antérieurs, quand c'est sur un point différent que le coup a porté ? Tout, ici, ne semblait-il pas indiquer le lieu d'élection du trépan ? La nature, comme auraient dit nos ancêtres, ne précisait-elle pas elle-même l'endroit où le crâne devait être perforé ? Et pourtant, à coup sûr, l'évènement aurait démenti la prophétie, et la voix de cette bonne nature aurait été, une fois de plus, mal interprétée; car on aurait promené le trépan sur les différens points de l'étendue du crâne, qu'on n'aurait point guéri le blessé. Quelques optimistes ne manqueront peut-être pas de dire que la douleur susorbitaire et la persistance de la chaleur intense du front étaient des symptômes propres à mettre sur la voie; mais, si l'on devait interpréter ainsi ces phénomènes, il faudrait établir, comme règle générale, que la trépanation aurait lieu constamment sur cette région, tant ces symptômes sont fréquens.

C'est parce qu'il avait souvent rencontré des cas analogues à celui dont nous venons de parler, et où les symptômes de la compression étaient confondus avec ceux de l'encéphalite, que Desault avait renoncé entièrement à l'application du trépan. Peut-être ce grand maître a-t-il été trop loin; mais chercher à faire revivre, dans toute leur étendue, après les nombreux insuccès que l'art a eus à déplorer, les anciennes doctrines relatives à

la perforation du crâne, c'est méconnaître les leçons de l'expérience, ne tenir aucun compte des faits acquis à la science, et remettre en question ce qui a été vingt fois jugé par le temps et la raison.

Revenant à l'observation elle-même, nous pourrions faire remarquer que les évacuations sanguines ont été inefficaces, que les vésicatoires semblèrent mieux réussir, et que le mode de pansement de la plaie n'a pas suffi pour prévenir les accidens. Mais ces résultats ne sont opposés ni à la méthode antiphlogistique, considérée dans ses applications générales aux plaies de tête, ni à la réunion immédiate de celles-ci, et à leur soustraction au contact atmosphérique. D'une part, les saignées n'ont pas été employées, suivant la méthode que nous avons vu depuis mettre en usage, et de l'autre le pansement unissant ne fut pas pratiqué immédiatement, et surtout ne resta pas inamovible, ainsi que le précepte en a été établi. Nous reviendrons dans un instant sur ce point de pratique. Ajoutons seulement, par anticipation, que l'expérience a sanctionné le mode de traitement recommandé par M. Gama; et que nous pouvons assurer que, depuis que cette manière de faire a été introduite à l'hôpital de Strasbourg par M. Bégin, nous n'avons jamais vu se manifester aucun symptôme de la nature de ceux auxquels

succomba le blessé dont on vient de lire l'histoire.

Notons enfin, comme circonstance digne de remarque, que l'encéphalite traumatique n'a été en rien modifiée par l'apparition de l'érysipèle. Assez souvent, lorsqu'une phlegmasie cutanée survient pendant le cours d'une encéphalite, elle exerce une influence heureuse sur l'affection cérébrale. Dans l'observation qui nous occupe, au contraire, les deux phlegmasies paraissaient complètement indépendantes, et même leur gravité semblait s'accroître à l'envi; de telle sorte que, si la marche de l'érysipèle n'eût été enrayée, il est vraisemblable que l'encéphalite eût fait des progrès plus rapides encore, et entraîné plus tôt la mort du sujet : nouvelle preuve que, pour tout ce qui touche à l'organisation humaine, on ne saurait établir de loi absolue, les exceptions venant à chaque instant détruire ce que leur formule a de trop général.

Depuis huit ans, nous n'avons reçu à l'hôpital militaire qu'une plaie pénétrante de l'encéphale, produite par l'explosion de la poudre à canon. On sait combien les lésions de ce genre présentent de variétés; quelquefois il suffit que l'instrument atteigne la substance cérébrale pour que la perte des facultés intellectuelles en soit le résultat immédiat, et que la mort ne tarde pas à survenir.

Dans d'autres circonstances, au contraire, des blessures qui, *à priori*, sembleraient devoir produire une mort instantanée, laissent intactes les facultés de l'esprit, et permettent aux blessés de vivre assez longtemps pour donner l'espoir d'obtenir leur guérison. De ce nombre se trouvait sans contredit le sujet de l'observation suivante consignée dans l'excellent ouvrage de M. Gama (1).

Il s'agit d'un individu qui, ayant attenté à ses jours avec un pistolet tiré dans l'orbite, n'en jouit pas moins de toutes ses facultés intellectuelles pendant plus de quarante jours, bien que la balle eût, d'avant en arrière, traversé le lobe supérieur, et eût été se fixer près du quatrième ventricule. Un accident de cette nature, survenu il y a six ans environ dans cette ville, peut être placé à côté de celui-là. Le fils d'un écrivain distingué de l'époque, enclin à la mélancolie et désespérant de guérir d'une affection herpétique dont il était atteint depuis plusieurs années, résolut de mettre fin à ses jours. A cet effet, il s'enferma dans sa chambre, et après avoir placé un pistolet sous son menton, lâcha la détente. La balle traversa le menton, la langue, brisa l'os maxillaire supérieur gauche, pénétra dans le crâne en fracturant la voûte de l'orbite gauche,

(1) Ouvrage cité, p. 341.

laboura le lobe cérébral antérieur du même côté, et s'arrêta non loin de la partie supérieure de l'hémisphère. L'infortuné ne perdit point connaissance et s'apprêtait à lâcher sur lui un second coup de pistolet, lorsque, accourus au bruit, les propriétaires du logis enfoncèrent brusquement la porte et arrivèrent assez à temps pour s'opposer à son dessein. Conduit, sur sa demande, à l'hôpital, il fut visité par le professeur de clinique chirurgicale, qui, après avoir examiné les parties, reconnut que la balle avait suivi la direction que nous avons indiquée plus haut. Le blessé jouissait de toutes ses facultés intellectuelles, et la parole étant rendue impossible par le délabrement de la bouche et de la langue, il fit signe qu'on lui donnât du papier, afin d'exprimer ses désirs. Son premier soin fut de prier ceux qui l'assistaient de le laisser mourir; mais, sourd à ses prières, on procéda immédiatement au pansement. Pendant les deux premiers jours, il alla assez bien; vers le troisième, survint un tel gonflement des parties profondes de la gorge, que la mort eut lieu par asphyxie, l'intelligence étant constamment restée intacte.

On trouve, dans les annales de la science, des observations encore plus singulières; par exemple, des cas où des balles ont été trouvées dans le cerveau de personnes mortes d'une affection étran-

gère à l'encéphale, après un séjour de vingt ou trente années dans la substance cérébrale, les individus ayant continué à jouir de leur raison. On lit, dans les *Mémoires de l'Académie de chirurgie* (1), qu'un individu reçut un coup de feu dans la tête, la balle s'arrêta dans le cerveau; après sa mort, on la trouva sur la glande pinéale, entourée de substance cérébrale. Cependant cet homme avait vécu plusieurs années sans éprouver le moindre affaiblissement des facultés mentales.

Un fait qui nous est propre est celui d'un de nos proches, officier de l'ancienne armée, d'un âge mûr, et qui reçut, à la bataille de Wagram, une balle qui pénétra dans l'intérieur de la substance cérébrale. Après avoir échappé miraculeusement aux accidens graves qui suivirent sa blessure, R*** recouvra une santé parfaite, et eut une vieillesse des plus heureuses. On reconnut à sa mort, provoquée par une affection étrangère au cerveau, que la balle était logée dans le lobe gauche du cervelet (2). Le cabinet d'anatomie patho-

---

(1) T. Ier, p. 134. Voyez, pour les faits de ce genre, *Académie de chirurgie*, t. V, p. 126, p. 150; Vanswieten, t. Ier, p. 44; etc.

(2) Il nous importe de dire que les fonctions génitales chez ce militaire restèrent longtemps fort actives; mais il faut ajouter aussi que ces fonctions avaient toujours été très puissantes.

logique de l'hôpital d'instruction de Strasbourg, parmi les pièces remarquables qu'il contient, en possède une qui nous semble fort curieuse; un officier reçoit en duel une balle qui pénètre derrière le conduit auditif, à travers l'apophyse mastoïde; ce militaire chancelle et perd connaissance. Conduit à l'hôpital, il recouvre bientôt ses sens, puis, soumis à un traitement approprié, obtient une guérison complète. Quelques années plus tard, il est atteint, dans un autre combat singulier, d'une balle qui traverse la poitrine et occasione la mort. A l'autopsie du cadavre, on trouva, outre les désordres pulmonaires résultant de la blessure actuelle, que la balle reçue autrefois était fixée dans l'apophyse mastoïde et dépassait la surface interne du temporal, de manière à faire, dans l'intérieur du crâne, une saillie égale aux deux tiers de son diamètre. Elle était retenue, d'ailleurs, par une portion de sa circonférence dans une substance osseuse de formation nouvelle, et s'y trouvait, pour ainsi dire, comme enchatonnée.

Quoi qu'il en soit de ces faits, que l'on pourrait multiplier, sans doute, en feuilletant les annales de la science, et pour revenir de nouveau au fait que nous avons recueilli à l'hôpital de Strasbourg, nous devons dire que, chez le militaire qui en est le sujet, les fonctions intellectuelles furent

anéanties immédiatement après la blessure ; la balle, il est vrai, avait traversé la totalité du crâne en parcourant, de droite à gauche, son diamètre bipariétal. Le blessé tomba sur-le-champ et ne donna plus aucun signe d'existence intellectuelle. Malgré les soins les plus assidus et le traitement le plus rationnel, il succomba le cinquième jour. A l'autopsie, on reconnut que la balle avait traversé de part en part la substance cérébrale vers le tiers supérieur des hémisphères; l'inflammation qui avait succédé à la blessure avait déterminé une sorte de gangrène des parties formant le trajet du projectile.

Après avoir parlé des différentes plaies à la tête que nous avons eu occasion d'observer avant la fin de 1833, soit que ces lésions aient atteint les parties profondes de l'encéphale ou les muscles principaux du cerveau, soit que les parties extérieures du crâne en aient seules souffert, il nous reste à exposer quelques uns des faits recueillis depuis l'arrivée de M. Bégin parmi nous, et à reproduire les règles générales de traitement qu'il oppose aux blessures de ce genre.

Nous avons reçu, depuis le commencement de 1834 jusqu'en février 1837, à l'hôpital militaire de Strasbourg, une série nombreuse de plaies de tête produites par les causes les plus variées. On a vu déjà et l'on sait depuis longtemps

combien ces blessures, même les plus simples, exposent les sujets qui en sont atteints à des accidens graves, tels que l'érysipèle traumatique, l'étranglement, le phlegmon diffus, et enfin l'encéphalite, soit primitive, soit secondaire, provoquée par la communication des vaisseaux et des nerfs de l'extérieur avec ceux des parties internes du crâne. La composition anatomique, par feuillets alternativement celluleux et fibreux, des enveloppes superficielles de la tête, leur vascularité, le nombre considérable de ramifications nerveuses qui les sillonnent, sont autant de circonstances à l'aide desquelles il est facile d'expliquer la fréquence des accidens dont il s'agit et qu'ont signalé les observateurs les plus exacts, en même temps qu'ils ont proposé une foule de moyens, tant locaux que généraux, pour les prévenir et les combattre. Mais, avant de décrire le traitement que nous avons vu employer et d'indiquer les résultats qu'il a fait obtenir, nous devons rapporter quelques unes des observations les plus intéressantes parmi celles que nous avons recueillies.

VINGTIÈME OBSERVATION.

Plaie de tête par instrument tranchant. — Bandelettes agglutinatives. — Menace d'encéphalite. — Antiphlogistiques. — Guérison.

C***, fusilier au 42e de ligne, entra à l'hô-

pital militaire de Strasbourg, le 6 juin 1836. Ce militaire portait à la partie supérieure et latérale du crâne, sur le pariétal droit, une solution de continuité, par instrument tranchant, reçue, la veille au soir, dans un combat singulier.

Le coup, à en juger par la contusion des bords de la plaie, devait avoir été porté avec violence, bien que le sujet ne fût pas tombé et n'eût pas perdu connaissance. Un pansement simple avait été pratiqué à la caserne, et existait encore lors de l'arrivée du blessé à l'hôpital. La plaie ayant été mise à découvert, on reconnut qu'elle avait une étendue de trois pouces environ, qu'elle était un peu oblique, avait intéressé toute l'épaisseur des parties molles et mis l'os à découvert sur un point assez circonscrit; elle ne présentait d'ailleurs d'autre particularité qu'une sensibilité si grande sur les bords, que le malade ne se laissait que difficilement toucher. Du reste, cet homme n'accusait aucune douleur à la tête, et serait volontiers sorti de l'hôpital si on l'avait cru; il était sans fièvre, n'éprouvait ni chaleur ni pesanteur au crâne; les mouvemens et l'intelligence étaient intacts. Le crâne fut rasé dans une étendue plus grande qu'il ne l'avait été la veille, puis des bandelettes agglutinatives, assez longues pour faire plusieurs fois le tour de la tête, furent appliquées, de manière à obtenir une réunion parfaite et à recouvrir exactement toute la région

de la blessure; enfin une compresse carrée un peu épaisse, assujettie par quelques tours de bande, compléta l'appareil.

Le sujet fut mis à la diète, à l'usage de boissons délayantes; le repos le plus absolu dut régner autour de lui, et il fut recommandé à l'attention du chirurgien de garde. La journée du lendemain n'amena rien de nouveau.

Le 8 juin, à la visite du matin, le blessé nous apprend qu'il a mal dormi : il accuse de la céphalalgie susorbitaire; le front est chaud, la langue un peu jaunâtre; cependant il n'y a ni nausées ni vomissemens. — Sangsues permanentes, au nombre de dix, sur le front, applications réfrigérantes sur la tête; diète, boissons adoucissantes, pédiluves sinapisés.

Le 9, sommeil moins agité, mais persistance de la céphalalgie, quoiqu'à un degré moindre; le front est toujours chaud; les voies digestives ne présentent rien d'anormal. — Continuation des sangsues permanentes, des applications froides, boissons adoucissantes, demi-lavement laxatif.

Le 10, le blessé a dormi quatre heures paisiblement; plus de céphalalgie, ni de chaleur morbide au front. Il demande avec instance des alimens. — Bouillon maigre et pruneaux; pédiluves sinapisés.

Le 11 juin, le malade est tout à fait bien; plus

de céphalalgie, sommeil paisible, plus de chaleur frontale. — Soupe, pruneaux, boissons adoucissantes.

Du 11 au 20 juin, jour où on lève l'appareil, le blessé ne présente rien de particulier. A cette époque, la cicatrisation est complète, et C*** sort parfaitement guéri le 24 juin.

VINGT ET UNIÈME OBSERVATION.

Plaie contuse à la région frontale superieure. — Encéphalite commençante. — Réunion immédiate. — Sangsues permanentes. — Guérison.

F***, chasseur au 16e léger, entra, à l'hôpital militaire de Strasbourg, le 1er juin 1835. Ce militaire, s'étant pris la veille de querelle, au cabaret, avec plusieurs autres soldats, avait reçu, durant la lutte, un coup du dos de la lame d'un sabre à la partie supérieure du front. Il en était résulté une plaie de trois pouces d'étendue environ, oblique de haut en bas et de droite à gauche. Le coup avait été assez violent pour faire perdre connaissance au blessé. Un pansement simple fut appliqué immédiatement sur la plaie, et F*** arriva le lendemain matin de bonne heure à l'hôpital. Il n'avait perdu que peu de sang à l'instant de la blessure.

Il présentait, à son arrivée, les symptômes suivans :

Les bords de la plaie, dont nous avons indiqué le siége et l'étendue, sont assez violemment contus ; on reconnaît quelques points ecchymosés dans les environs ; le blessé se plaint de pesanteur à la tête, le front est chaud, et le visage légèrement jaunâtre.

On rase la partie supérieure du crâne, puis on applique des bandelettes agglutinatives assez longues pour entourer plusieurs fois la tête, en passant sous le menton. Une compresse carrée trempée dans l'eau blanche et quelques tours de bande complètent le pansement. — Vingt sangsues sont prescrites en permanence sur le front; applications froides, pédiluves sinapisés. — Diète, boissons adoucissantes.

Le 2 juin, nuit mauvaise; le blessé n'a pu dormir; les douleurs de tête sont non seulement aussi vives que la veille, mais paraissent avoir augmenté; le front est brûlant, et les artères temporales battent avec force; langue sèche et jaunâtre, soif assez vive, légère tension du ventre, constipation. — Saignée de dix onces, vingt-cinq sangsues permanentes au front, fomentations émollientes sur l'abdomen, lavemens émolliens, pédiluves sinapisés, diète, boissons adoucissantes.

Le 3, l'agitation a diminué; le blessé a un peu dormi; douleurs de tête moins vives, front moins brûlant; langue plus humide, souplesse du ventre; deux selles ont eu lieu. Cette amélioration semble assez grande pour permettre de suspendre l'emploi des sangsues. — Continuation des applications froides sur la tête. Diète, boissons adoucissantes.

L'interruption de la saignée locale permit à l'irritation, non encore suffisamment calmée, de se réveiller. En effet, le lendemain, 4 juin, le blessé nous apprend que l'agitation a reparu durant la nuit : céphalalgie intense, front très chaud, battement des artères temporales, visage et conjonctives injectés; du reste, langue humide, ventre mou et libre; peu de soif. — Vingt sangsues permanentes, applications froides, pédiluves sinapisés, boissons adoucissantes.

Le calme renaît sous l'influence de cette médication. Le jour suivant, F*** se loue de la nuit; il a dormi et ne ressent presque plus de céphalalgie. On ne remarque plus de battement exagéré aux artères temporales, plus de chaleur au front; le blessé se trouve très bien et sent de l'appétit. — Bouillon maigre et pruneaux, pédiluves sinapisés, boissons adoucissantes.

Le 6 juin, le mieux se continue, F*** a dormi cinq heures : plus de céphalalgie; le visage

et les conjonctives reprennent leur coloration naturelle; l'appétit est prononcé. — Soupe et pruneaux, pédiluves sinapisés, boissons adoucissantes.

Du 7 au 20 juin, le blessé ne ressent aucune douleur; il mange successivement le quart le matin et le soir, puis la demie et la côtelette : enfin, le 21 juin, on lève l'appareil, et on trouve la plaie complètement cicatrisée. F***, pourtant, reste encore quelques jours à l'hôpital, et sort, le 26 juin, entièrement guéri.

VINGT-DEUXIÈME OBSERVATION.

Plaie contuse à la tête. — Encéphalite. — Agglutinatifs. — Antiphlogistiques. — Guérison.

L***, chasseur au 16e léger, entra à l'hôpital militaire de Strasbourg le 10 février 1835, pour une plaie contuse à la tête, reçue, la veille, dans une dispute, et étant ivre.

Cette plaie existe à la partie supérieure et postérieure de la tête, à l'union du pariétal avec l'occipital, du côté droit. Étendue de quatre pouces environ, elle a été faite par un sabre mal affilé, qui a agi plutôt en contondant qu'en les coupant. Il existe une ecchymose dans sa lèvre droite. La division a mis l'os a découvert dans une

petite étendue, sans l'entamer d'une manière appréciable. Nous ne pouvons savoir si ce militaire a été seulement étourdi par le coup, ou s'il a perdu connaissance ; il est tombé, toutefois, sur le genou droit, qui présente une forte contusion avec ecchymose. Après avoir été pansé immédiatement à la caserne, où il a passé une fort mauvaise nuit, il est arrivé à l'hôpital.

La tête est rasée dans une grande partie de son étendue ; puis des bandelettes agglutinatives, d'une longueur égale à celles dont nous avons déjà parlé, et destinées à maintenir la réunion, sont appliquées sur le crâne ; enfin une compresse carrée et quelques tours de bande complètent l'appareil. Le blessé se trouvant encore sous l'influence de l'ivresse, on ajourne l'emploi des évacuations sanguines, qu'aucun accident actuel ne rend d'ailleurs indispensables. — Applications froides sur le crâne, pédiluves sinapisés, diète, boissons adoucissantes.

Le 11 février, le blessé a été agité toute la nuit : il se plaint de céphalalgie ; le front est chaud, l'œil injecté, les artères temporales battent avec force ; la langue est un peu sèche, et une soif assez vive s'est développée. Il semble que les saignées locales suffiront pour dissiper ces légers accidens. — Vingt sangsues en permanence, applications

froides, pédiluves sinapisés, boissons adoucissantes.

Le 12 février, l'état du blessé a empiré; il a déliré par intervalles durant la nuit; le front est brûlant, la céphalalgie atroce, le visage très rouge, les artères temporales battent avec énergie, le pouls est fréquent et non développé; les réponses sont lentes et difficiles; la langue est pourtant plus humide que la veille; le genou, qui a été le siége de la contusion, est douloureux. — Saignée de douze onces, vingt-cinq sangsues permanentes aux tempes et au front, applications froides, pédiluves sinapisés, cataplasme émollient sur le genou, boissons adoucissantes.

Le 13 février, la nuit a encore été mauvaise; délire loquace; céphalalgie toujours très intense; réponses plus lentes et plus difficiles que la veille; front plus brûlant, visage plus vultueux; du reste, les fonctions digestives ne présentent rien d'anormal; le genou droit a cessé d'être douloureux. — Diète, vingt-cinq sangsues en permanence, lavement purgatif, boissons adoucissantes, sinapismes aux pieds.

Le 14 février, le blessé est mieux; il a dormi deux heures; céphalalgie moins intense; chaleur moins vive au front; les artères temporales battent moins fort, les réponses sont moins lentes.

— Quinze sangsues, lavement purgatif, sinapismes, boissons adoucissantes, diète.

Le 15 février, l'amélioration continue; le malade répond sans hésitation, et n'accuse plus qu'une légère douleur à la tête, et il y a encore un peu de chaleur au front; il demande à manger. — Douze sangsues, pédiluves sinapisés, boissons adoucissantes.

Le 16 février, le blessé est tout à fait bien; plus de céphalalgie, chaleur normale du front; coloration naturelle du visage et des conjonctives, appétit prononcé. — Bouillon maigre et pruneaux, boissons adoucissantes, pédiluves sinapisés.

Le 17 février, le malade a dormi presque toute la nuit; il est d'ailleurs très bien et réclame avec instance des alimens. — Bouillon gras, riz au lait et pruneaux, pédiluves sinapisés, boissons adoucissantes.

Depuis cette époque, on augmente graduellement les alimens, et, le 25 février, en levant l'appareil, on trouve la plaie parfaitement cicatrisée.

VINGT-TROISIÈME OBSERVATION.

Plaie contuse à la partie postérieure de la tête, à la suite d'une chute.—Commotion cérébrale. — Encéphalite commençante. — Antiphlogistiques. — Guérison.

M***, fusilier au 42e de ligne, entra, à l'hôpital militaire de Strasbourg, le 26 décembre 1834. Ce militaire était tombé, la veille, sur la partie postérieure de la tête, en descendant rapidement l'escalier de la caserne; et telle avait été la violence de la chute, qu'il était resté sans connaissance pendant plus de dix minutes, et n'avait repris ses sens qu'après avoir été porté dans son lit par ses camarades.

Conduit à l'hôpital le lendemain matin, il présentait encore un reste d'hébétude et une lenteur remarquable dans l'expression de la pensée, qui indiquaient que le cerveau avait été le siége d'un ébranlement assez considérable. A la partie postérieure, supérieure et moyenne de la tête, existe une plaie de deux pouces environ, inégale, à bords violemment contus et, de plus, détachés l'un et l'autre du crâne dans une étendue de cinq à six lignes. Du reste, le pouls est petit, faible, le visage pâle et la chaleur moindre que dans l'état normal.

On rase les environs de la plaie, puis on applique les bandelettes agglutinatives, la compresse carrée et les tours de bande destinés à maintenir l'appareil en place. — Diète, infusion de tilleul, sinapismes aux pieds, frictions excitantes sur les membres, applications froides à la tête.

Le 27 décembre, le malade est à peu près dans le même état; réponses toujours lentes et difficiles; l'état d'hébétude persiste, mais à un degré moindre. Pouls toujours petit, visage pâle; la chaleur, pourtant, est plus élevée que la veille; aucune évacuation sanguine ne semble convenir, aussi longtemps que la réaction ne s'opère pas.
— Mêmes prescriptions.

Le 28, l'état du malade a changé; le pouls est élevé, le visage se colore; le front est devenu chaud, et une douleur obtuse et profonde se fait sentir à la tête; le retour de l'activité cérébrale est manifeste, et l'instant d'agir paraît arrivé. — Douze sangsues permanentes au front, lavement purgatif, boissons adoucissantes.

Le 29, le blessé n'a pas dormi; il se plaint de céphalalgie; l'œil est injecté, le visage presque vultueux, le front est brûlant, les artères temporales battent avec force, le pouls est fort et fréquent, l'appareil digestif ne présente aucun symptôme morbide. — Saignée de douze

onces, vingt-cinq sangsues permanentes, applications froides, pédiluves sinapisés.

Le 30 décembre, même état que la veille; il y a pourtant un peu moins de chaleur au front. — Douze sangsues, applications froides, pédiluves sinapisés, boissons adoucissantes.

Le 31, léger délire; tous les symptômes ont augmenté; langue sèche et rouge à la pointe; soif assez vive. — Saignée de huit onces, vingt sangsues, fomentations émollientes sur l'abdomen, pédiluves sinapisés, boissons adoucissantes.

Le 1er janvier, le blessé est mieux; il a reposé une heure paisiblement; front moins chaud, céphalalgie moins intense; réponses nettes et faciles, langue humide, soif naturelle. — Diète, boissons adoucissantes.

Le 2 janvier, l'amélioration continue; cependant on note la persistance de la céphalalgie et de la chaleur anormale du front. — Douze sangsues, pédiluves sinapisés, quelques pruneaux matin et soir, boissons adoucissantes.

Le 3 janvier, le blessé est très bien; plus de céphalalgie; chaleur presque naturelle du front. Il demande des alimens. — Bouillon maigre et pruneaux, pédiluves sinapisés, boissons adoucissantes.

Le 4 janvier, le blessé a dormi presque toute

la nuit; il ne ressent plus aucune douleur à la tête; chaleur normale de la région frontale, appétit prononcé. — Riz au lait et pruneaux, boissons adoucissantes, pédiluves sinapisés.

Depuis lors la convalescence ne présenta plus rien de particulier; l'appareil, levé le 16 janvier, permet de reconnaître que la réunion est presque complète; toutefois, comme, sur certains points, les parties paraissent peu adhérentes, on réapplique de nouvelles bandelettes agglutinatives. Le 23, ce nouvel appareil est enlevé à son tour; les parties sont entièrement réunies, et le blessé demande avec instance à quitter l'hôpital, où il reste cependant, par mesure de prudence, jusqu'au 25, avant d'aller reprendre son service.

Nous pourrions multiplier, au besoin, les exemples de cette nature; mais ils ne présenteraient rien qui n'ait été indiqué dans les observations précédentes. Le traitement employé par M. Bégin est d'une grande uniformité et repose sur les bases suivantes :

1°. Ne pratiquer de débridement qu'autant que cela est nécessaire pour extraire les corps étrangers, enleverles fragmens d'os, et ces cas ne se sont pas présentés. Réunir immédiatement toutes les plaies, même les plus violemment contuses, les plus inégalement déchirées.

2°. Application de bandelettes assez longues

pour constituer de véritables bandes, avec lesquelles le chirurgien puisse entourer la tête dans ses divers diamètres, de manière à recouvrir entièrement la région de la blessure et à exercer sur elle une compression large, douce et égale.

3°. S'abstenir, aussi longtemps que le sujet est sous l'influence de la commotion, d'évacuations sanguines, excepté lorsque les symptômes de la congestion cérébrale s'ajoutent à ceux de l'ébranlement.

4°. Être sobre de saignées générales, et ne les employer que chez les sujets vigoureux, sanguins, lorsque le pouls est large, plein, le visage animé, les artères temporales battant avec force.

5°. Dans les cas simples, exempts de commotion, de douleurs et de pesanteur de tête, se contenter, après le pansement, de prescrire le repos, la diète, les boissons délayantes, les pédiluves sinapisés, les lavemens émolliens si la constipation les indique, et parfois les applications froides sur la tête.

6°. A l'apparition des premiers symptômes d'irritation encéphalique, recourir aux saignées capillaires locales. Tous les faits que nous avons vus confirment cette remarque de M. Gama, que c'est vers la région frontale que ces symptômes se manifestent d'abord ; l'exploration de cette région est donc de la plus haute importance pour

les distinguer à leur début. Alors, aux moyens de traitement indiqués plus haut, il convient d'ajouter sans hésitation les sangsues permanentes au front et aux régions temporales, en nombre proportionné à la violence des accidens et à la force des sujets.

7°. Sous le nom de sangsues permanentes, on doit entendre l'entretien continuel d'un nombre déterminé de piqûres à l'état saignant. Nous avons calculé que vingt sangsues, par exemple, ayant été appliquées une première fois, il fallait en employer deux fois autant encore, par fractions plus ou moins considérables, selon la durée de l'écoulement. En général, c'est par trois qu'il convient de multiplier le nombre primitif pour obtenir le nombre total des sangsues employées en vingt-quatre heures. Les variations, sous ce rapport, sont assez peu considérables pour qu'on puisse les négliger sans inconvénient.

Quelques uns de nos blessés ont eu, de cette manière, jusqu'à cent cinquante, deux cents, et même un plus grand nombre de sangsues, appliquées successivement. Et, chose très remarquable, c'est que leurs forces se sont rétablies avec une rapidité telle que, trois ou quatre jours après la cessation des accidens, la convalescence était déjà arrivée. Il est facile de voir, d'ailleurs, par l'é-

poque des sorties, combien leur séjour à l'hôpital a été généralement court.

8°. S'en tenir presque exclusivement aux boissons délayantes, à l'intérieur, comme la limonade, la décoction d'orge miellée, la solution de gomme. Nous n'avons jamais vu employer ni les émétiques ni les purgatifs; quelques lavemens contenant des substances douées de cette dernière propriété n'ont été prescrits que lorsque la constipation était opiniâtre; dans les autres cas, les lavemens émolliens suffirent.

9°. Ne lever le premier appareil que lorsqu'on juge la blessure guérie, c'est à dire à l'époque où la suppuration cesse de se montrer sous les bandelettes, et où l'absence de toute douleur à la pression, le décollement de l'appareil produit par le retrait des parties, et le parfait état général du blessé, indiquent que la cicatrisation est complète. Ces appareils restent ainsi de quinze à vingt ou vingt-cinq jours en place, sans avoir besoin d'être renouvelés.

On reconnaît dans ce traitement les bases de celui qu'a préconisé M. Gama. Nous n'en exposerons pas de nouveau les avantages comme simplicité, facilité, application commode et sûre à l'armée, ils sont tellement manifestes qu'ils frappent, pour ainsi dire, les yeux dès le premier abord.

Sous le rapport des résultats, en compulsant nos cahiers d'observations, nous trouvons que 37 militaires atteints de plaies à la tête sont entrés à l'hôpital depuis trois ans.

Sur ces blessures :

16 existaient à la région antérieure de la tête;
8 aux régions pariétales;
8 à la région occipitale;
5 se prolongeaient, dans une grande étendue, de la région frontale à l'une ou l'autre des régions pariétales.

37

Sous le rapport de leur cause :

25 étaient le résultat de l'action d'instrumens tranchans ou contondans;
2 d'instrumens piquans;
10 de chutes.

37

7 étaient assez profondes pour atteindre au péricrâne et à la surface externe des os;
30 étaient exemptes de cette dernière lésion.

37

15 avaient été accompagnées de phénomènes plus ou moins intenses de commotion;
22 paraissaient avoir eu lieu sans cette complication.

—

37

11 ont guéri par l'emploi du pansement inamovible et des moyens simples de traitement sans qu'aucun phénomène d'encéphalite se soit manifesté ;

26 ont nécessité l'emploi de saignées générales ou locales, à raison de l'apparition de ces phénomènes, qui ont acquis sur quatre sujets une très grande intensité.

—

37

Sur ces vingt-six blessés il y a eu dix cas d'encéphalite bien caractérisés, et tous ont nécessité des saignées générales et locales.

Sur ces dix malades cinq ont été saignés deux fois et ont eu au delà de deux cents sangsues et quelques uns plusieurs lavemens purgatifs et des pédiluves sinapisés.

Les cinq autres n'ont été saignés qu'une fois, et le nombre des sangsues n'a pas dépassé cent cinquante.

Les seize de la première catégorie n'ont présenté que des encéphalites commençantes, qui furent traitées par les sangsues appliquées de la même manière, c'est à dire en permanence, et dont le nombre, quoique variable, n'a jamais été moins de trente et n'a pas dépassé cent vingt. Ici encore on a eu recours avec avantage aux révulsifs appliqués sur les extrémités abdominales,

ou dirigés vers la partie inférieure du tube digestif.

Le traitement des plaies de tête, sans lésion du péricrâne et sans accidens cérébraux, a été, terme moyen, de onze jours; celui des plaies, sans lésion du péricrâne, mais qui s'accompagnaient de phénomènes d'encéphalite, fut, terme moyen, de seize jours; celui, enfin, des plaies, avec lésion du péricrâne et de la table externe des os, a été de trente-deux jours. Le développement d'accidens cérébraux, bien qu'ajoutant à la gravité de l'affection, n'a cependant pas exercé d'influence marquée sur la cicatrisation complète des blessures.

Nous n'avons observé, en aucun cas, ni érysipèle, ni phlegmon diffus, ni étranglement, ni suppuration abondante, ni décollement des parties molles.

Nous n'avons pas perdu un seul homme.

VINGT-QUATRIÈME OBSERVATION.

Fracture de la colonne vertébrale produite par une chute. — Paraplégie. — Guérison.

W***, chasseur au 16e léger, entra à l'hôpital militaire de Strasbourg, le 31 juillet 1834, atteint de lésion à la colonne vertébrale. Ce militaire, d'une constitution robuste et d'un tempé-

rament sanguin, était âgé de vingt-sept ans; il raconta de la manière suivante l'accident qui lui était arrivé :

Rentré le soir à la caserne, un peu gris, il s'était levé au milieu de la nuit pour satisfaire à un besoin, et ayant pris la fenêtre de l'escalier, qui n'était pas éclairé, pour la porte, il s'y était présenté, et était tombé, du deuxième étage, dans la cour du quartier, sur la colonne épinière. Il perdit un moment connaissance, puis fut relevé et conduit à l'hôpital, où il présenta les symptômes suivans :

Impossibilité absolue de mouvoir les extrémités inférieures, et insensibilité presque complète de ces parties. Le blessé ne peut expulser les urines ni les matières fécales; état jaunâtre de la peau et du corps; froid général, frissons revenant par intervalles. Du reste, intégrité des fonctions intellectuelles et respiratoires.

A l'examen de la colonne épinière, on reconnaît une saillie considérable des apophyses épineuses des septième et huitième vertèbres dorsales; la pression y détermine une vive douleur et un déplacement, qui ne laissent aucun doute sur la fracture profonde des deux os. La lame gauche de la septième vertèbre paraît même brisée. Il existe un gonflement assez considérable des parties molles environnantes; une ecchymose se fait

remarquer au dessous de la neuvième vertèbre dorsale. —Huit ventouses scarifiées sur l'endroit correspondant aux fractures, puis applications résolutives froides, sinapismes aux jambes, lavement purgatif.

Une sonde est introduite dans la vessie, d'où l'on tire deux pintes de liquide environ.

Le 1er août, même état que la veille. Nouvelles ventouses scarifiées; une sonde est introduite dans la vessie chaque fois qu'il est nécessaire. — Sinapismes aux jambes et aux cuisses; lavement purgatif, celui de la veille n'ayant produit aucun effet.

Le 2, le pouls devient fréquent, la peau chaude, la langue sèche, la soif vive; le malade, jusque-là silencieux, a une tendance assez prononcée à la loquacité; l'urine que l'on tire de la vessie est très rouge; même état des extrémités. — Saignée de douze onces, vingt-cinq sangsues, fomentations émollientes sur l'abdomen, limonade substituée à l'eau gommeuse; lavement émollient, huileux.

Le 3 août, l'amélioration de l'état général est manifeste; le pouls est moins fréquent, la chaleur moindre, la langue humide; cependant les urines sont toujours rouges, et la soif plus grande que les premiers jours; l'engorgement des parties correspondantes aux fractures semble dimi-

nuer, et la douleur qu'y ressent le malade est moins vive; du reste, l'état paralytique des extrémités inférieures et de la vessie persiste. — Diète; limonade, lavement émollient, huileux.

Le 4, le malade est beaucoup mieux, la fièvre est tombée, il n'y a plus de soif; les urines deviennent limpides; du reste, aucun changement dans les membres inférieurs, non plus que dans les réservoirs de l'urine et des matières fécales; la douleur du dos est presque nulle. — Bouillon maigre et six pruneaux, limonade, lavement purgatif; les compresses sont appliquées sur l'endroit fracturé, de manière à mettre les fragmens le plus en rapport possible; mais aucune action purgative n'ayant pu encore être produite, on administre trois gouttes d'huile de *croton tiglium*.

Le 5, le malade a rendu quelques matières fécales, ce qui, dit-il, lui a procuré un bien-être remarquable. Du reste, il y a une absence presque complète de ballonnement au ventre, malgré la constipation. Le gonflement de la partie fracturée est à peu près dissipé; cependant, comme il y existe encore de la douleur, on prescrit quatre nouvelles ventouses scarifiées. L'état de la vessie et des extrémités inférieures n'a pas changé. Toutes les autres fonctions paraissent s'exécuter librement. Le malade dit éprouver de l'appétit.

— Soupe maigre et pruneaux, frictions ammoniacales sur les extrémités inférieures.

Le 6 août, la douleur du dos continue à diminuer; point de selle. — Lavement purgatif, soupe au lait, pruneaux, liniment ammoniacal sur les extrémités inférieures.

Le 7, la nuit a été mauvaise; le malade s'étant mis en colère vers le soir, le pouls est devenu plus fréquent, la peau chaude; il y a de la soif. Le malade se plaint d'avoir été tourmenté, pendant la nuit, d'érections prolongées; la douleur du dos est plus vive; il y a de la céphalalgie. — Vingt sangsues sur la colonne épinière, le malade n'ayant plus voulu de ventouses; pédiluves sinapisés, fomentations émollientes sur l'abdomen; diète, limonade, potion gommeuse.

Le 8, la nuit a été bonne, le calme est revenu, et le malade est de nouveau plein d'espérance. — Diète, limonade, potion gommeuse, pédiluves sinapisés, lavement émollient.

Le 9, le mieux-être se soutient, quoique le ventre soit ballonné, et que le blessé n'ait pas eu de selle depuis quatre jours. — Application d'un vésicatoire sur la partie interne de la cuisse, puis, après la vésication, application de quatre gouttes d'huile de *croton tiglium*. Vers huit heures du soir, le blessé éprouve subitement le besoin d'aller à la selle, et l'abdomen redevient souple,

la paralysie des membres inférieurs et de la vessie ne s'est en rien améliorée. La prescription alimentaire s'est d'ailleurs composée d'une soupe maigre et de pruneaux matin et soir. La limonade et la potion gommeuse sont continuées.

Du 9 au 15, amélioration progressive ; le malade passe successivement, de la soupe, au quart et à l'omelette, matin et soir.

A cette époque, toute douleur ayant disparu et le mouvement inflammatoire semblant apaisé, on eut recours à l'application de vésicatoires le long de la colonne épinière.

Le 18 août, quelques jours après l'emploi de ces révulsifs, se manifeste un léger retour du mouvement inflammatoire, qui force de recourir à une nouvelle application de sangsues et aux émolliens. Pour la première fois, cependant, le malade peut rendre spontanément une petite quantité de matières fécales.

Du 18 au 24 août, le malade présente d'assez bonnes dispositions : l'appétit est prononcé, les digestions sont faciles, le sommeil est paisible, l'expulsion des matières fécales presque naturelle ; il n'existe aucune excoriation au sacrum, et rien n'autorise à penser qu'il doive s'en former.

Quant à la paralysie des extrémités inférieures ainsi qu'à celle de la vessie, on n'a obtenu jusqu'à ce jour aucune amélioration. Pour y re-

médier, on applique de nouveaux vésicatoires à la colonne dorsale, et peu de temps après un peu de sensibilité reparaît. On multiplie ensuite les révulsifs sur les extrémités et sur le rachis; mais les mouvemens volontaires ne renaissent qu'avec lenteur; il en est de même de l'expulsion volontaire de l'urine. Cependant, à force de persévérance, de soins, de révulsifs, placés surtout à la partie interne des cuisses, la paralysie finit par se dissiper, et le malade, quoique faible encore, et obligé de marcher avec un bâton, sort de l'hôpital, le 11 janvier, pour aller en convalescence, se proposant d'ailleurs d'aller prendre les eaux de Bourbonne lors de la belle saison.

Les prévisions du chirurgien en chef ne furent point trompées relativement à la consolidation de la fracture; elle laissa, ainsi qu'il l'avait annoncé, une difformité qui empêchait le malade de se tenir entièrement droit. Il existait, à l'endroit correspondant à la maladie, une saillie assez considérable formée par les apophyses épineuses, et qui, selon toute apparence, suffirait pour faire obtenir le congé à ce blessé, en supposant même qu'il reprît assez de force pour supporter les travaux pénibles du service militaire.

Nous n'insisterons pas sur la gravité si bien connue des fractures de la colonne vertébrale, sur la nécessité de leur opposer largement les antiphlogistiques locaux, les saignées capillaires,

le repos le plus absolu, les soins les plus minutieux de la propreté. Toutes ces indications ont été remplies dans l'observation précédente, et un heureux succès a couronné les efforts de l'art.

Il est à remarquer que la paralysie de l'intestin rectum a cédé beaucoup plus tôt que celle de la vessie; peut-être est-il possible d'attribuer cette particularité aux excitans immédiatement appliqués au gros intestin. On se rappelle, en effet, que plusieurs lavemens purgatifs ont été administrés pendant les premiers jours, et bien qu'ils n'aient pas été suivis d'abord de l'expulsion des matières fécales, on ne saurait nier, ce nous semble, que cette stimulation directe a dû réveiller de bonne heure l'action du système nerveux. On nous objectera peut-être que les vésicatoires, quoique appliqués immédiatement sur la peau des membres, n'y ont pas produit le même effet; mais à cela il est, ce nous semble, facile de répondre que ces irritans n'ont point été appliqués dès les premiers jours, et que le système nerveux ganglionnaire exerce sur les mouvemens intestinaux une influence bien autrement importante que celle qu'on lui suppose sur ceux des extrémités.

Quoi qu'il en soit, l'observation que nous venons de rapporter n'en méritait pas moins de trouver place ici, comme cas remarquable de fracture de la colonne vertébrale et de l'efficacité des ré-

vulsifs prolongés, pour obtenir la guérison de la paralysie, à la suite des lésions de ce genre.

Nous pourrions, poursuivant l'examen des maladies de la moelle épinière, consigner ici plusieurs exemples de commotion de cette partie importante du système nerveux, qui se sont offerts à notre observation pendant les huit années dont nous essayons d'esquisser l'histoire chirurgicale. Il en est même, parmi elles, qui seraient dignes de fixer l'attention, mais que nous devons omettre, afin de ne pas donner à ce travail, déjà trop long, une étendue démesurée. Telle est, entre autres, celle d'un grenadier du 49e, qui, dans un état complet d'ivresse, tomba, des remparts de la citadelle, dans le fossé qui se trouve à leur pied, et y resta près de vingt-quatre heures. Ce militaire, bien que paralysé des extrémités inférieures au moment de son entrée à l'hôpital, et ne pouvant rendre les matières fécales et l'urine, n'en guérit pas moins très promptement, grâce à l'activité du traitement auquel M. Bégin eut recours, et qui fut d'ailleurs le même que celui rapporté dans l'observation précédente.

Ce fut également sous l'influence des mêmes moyens thérapeutiques que guérit J***, lequel, un jour, aux exercices gymnastiques, fut lancé violemment à terre et tomba sur la colonne ver-

tébrale. On l'apporta presque mourant à l'hôpital; il était froid, sans connaissance, presque sans pouls; et M. Bégin ayant fait remarquer combien il importait de ne pas employer, durant cet état de résolution des forces, des antiphlogistiques qui pourraient l'augmenter, prescrivit de légers excitans à l'intérieur et des frictions sèches et chaudes sur la peau. Le blessé se ranima graduellement, puis la circulation ayant acquis de la force, on eut recours aux antiphlogistiques, aux saignées locales répétées, à l'aide de ventouses scarifiées, et en douze jours la guérison fut complète.

Le cas suivant offre un exemple assez curieux de cette arthrocace aiguë décrite par divers auteurs, entre autres, par Rust, et qui se manifeste si rarement à la partie supérieure de la colonne rachidienne.

VINGT-CINQUIÈME OBSERVATION.

Inflammation aiguë des articulations des deux premières vertèbres entre elles et avec l'occipital. — Apoplexie. — Mort.

B***, soldat-infirmier à l'hôpital militaire de Strasbourg, âgé de vingt-six ans, d'un tempérament sanguin, se plaignait, depuis quelques jours,

d'éprouver une douleur intense, dans les parties profondes du cou, lors des mouvemens de la tête sur la colonne vertébrale, douleurs qu'il considérait comme rhumatismales, et qu'il avait traitées en conséquence. Mais les cataplasmes et les opiacés n'ayant apporté aucune amélioration à son état, et le mal continuant à faire des progrès, il se décida à entrer dans le service des blessés le 21 février 1835. Il se disait alors atteint d'un torticolis et présentait les symptômes suivans :

Une légère tuméfaction, accompagnée de douleur plutôt obtuse que vive et aiguë, semble envahir les muscles de la partie postérieure et latérale gauche du cou. Ces organes sont tendus, et les tégumens offrent l'aspect qui leur est ordinaire lorsqu'ils recouvrent quelque abcès profond. Le toucher le plus attentif ne fait cependant reconnaître aucune trace de fluctuation : il n'existe à la partie affectée ni rougeur, ni chaleur exagérée; mais le malade ne peut remuer la tête sans être aussitôt arrêté par de très vives douleurs. Du reste, le pouls est presque naturel, la langue humide, l'appétit modéré; et si ces symptômes semblent indiquer qu'il s'agit, en effet, d'un rhumatisme musculaire, cependant un air d'abattement répandu sur le visage du malade, et l'absence presque complète du sommeil, donnent au chirurgien en chef des inquiétudes dont il dé-

veloppe les motifs à la clinique. — Quinze sangsues sur le côté douloureux, un cataplasme laudanisé, riz au lait et pruneaux, gargarisme émollient, boissons adoucissantes.

Le 22, aucune amélioration; bien plus, le malade se plaint de céphalalgie. — Bouillon maigre et pruneaux, vingt sangsues, cataplasme laudanisé, boissons adoucissantes.

Le 23, il y a de l'amélioration : la céphalalgie a presque complètement disparu; cependant, les muscles continuent à être douloureux; et la tuméfaction qu'on y remarque semble avoir acquis plus d'étendue. Le malade ne peut remuer la tête; il ne peut surtout la tourner de côté sans éprouver de vives douleurs; aussi, pour les éviter, a-t-il soin de la soutenir avec les mains. — Riz au lait et pruneaux, cataplasme laudanisé, boissons adoucissantes.

Le 24, la céphalalgie a reparu; le malade assure que les douleurs qu'il ressent sont plus vives que jamais; la tuméfaction ne paraît pas, toutefois, avoir augmenté. — Huit sangsues à chaque tempe, diète, cataplasme laudanisé sur l'endroit douloureux, pédiluves sinapisés; aucune amélioration.

Du 25 au 27 février, les symptômes semblent diminuer, et déjà l'on se livre à l'espérance, lorsque, dans la journée du 27, la céphalalgie

reparaît et les douleurs deviennent plus vives. Le visage présente un aspect particulier; il rappelle jusqu'à un certain point l'état de stupeur des fièvres typhoïdes. — Huit sangsues à chaque apophyse mastoïde, pédiluves sinapisés, boissons adoucissantes.

Le 28, l'état du malade a empiré; il y a eu, pendant la nuit, un délire vague qui persiste encore, mais à un degré plus faible; le malade se plaint de céphalalgie intense; le pouls, cependant, n'est pas plus accéléré, l'état de stupeur persiste.

On croit reconnaître une profonde fluctuation au dessous et en arrière de l'attache supérieure du muscle sterno-mastoïdien, ainsi que sous les autres muscles de cette région. Une incision exploratrice y est faite, mais sans être suivie d'aucun écoulement purulent. On se décide alors à débrider les parties enflammées, et on prolonge l'incision jusque dans les muscles profonds; un écoulement de sang assez considérable est le résultat de cette opération. — Boissons adoucissantes, pédiluves sinapisés.

Le 29, le malade est mieux, le délire a cessé; il y a moins de tension dans les muscles de la partie postérieure du cou; cependant les mouvemens sont toujours douloureux; l'état particulier de stupeur de la face persiste. Un peu d'ap-

pétit s'étant manifesté, on accorde du bouillon et des pruneaux. — Boissons adoucissantes, gargarisme émollient.

Le 1er mars, le délire a reparu, la plaie est douloureuse. — Quinze sangsues sont appliquées sur ses bords; sinapismes aux jambes, boissons adoucissantes, lavement laxatif.

Le 2, nuit meilleure; moins de délire; pouls toujours fréquent; langue humide; état de stupeur. — Quinze sangsues autour de la plaie, lavement laxatif, sinapismes aux pieds.

Le 3, la nuit a été assez bonne, le délire a cessé; le malade a recouvré l'intégrité de ses facultés intellectuelles.

Cet état favorable se continue le 4.

Le 5, la nuit a été mauvaise; la céphalalgie a reparu avec une grande intensité; la constipation persiste; cependant la langue est humide, et le pouls peu fréquent. — Douze sangsues, six à chaque région mastoïdienne, applications émollientes sur la plaie, boissons adoucissantes, calomel et magnésie, huit grains de chaque, à prendre en trois doses.

Le 6, céphalalgie moins intense, douleurs vives dans les cuisses; cependant le malade se trouve mieux; mais il commence à s'inquiéter de son état; malgré le lavement laxatif et le calomel, il

n'a pas eu de selles depuis quatre jours. — Même prescription.

Le 7, un peu de délire a lieu pendant la nuit ; persistance de la constipation, des douleurs de cuisse et de la stupeur; la plaie reste en bon état. — Cinq sangsues à chaque tempe, continuation des autres prescriptions.

Le soir, le délire reparaît et devient plus intense; la stupeur se montre plus profonde. — Six sangsues derrière chaque oreille.

Le 8, la nuit a été assez calme; le malade a eu une selle; le délire a cessé, les douleurs de cuisse ont disparu. — Cinq sangsues à chaque tempe.

Le soir, on s'aperçoit que la région hypogastrique est tuméfiée; le malade n'a pas uriné depuis le matin. — Une sonde est introduite dans la vessie; on en tire une grande quantité de liquide.

Le 9, la nuit a été assez calme; la tête est dégagée, le malade n'a pas uriné pendant la nuit; cependant il se sent beaucoup mieux; l'état de stupeur est moindre. — Huit sangsues, quatre à chaque apophyse mastoïde.

Le 10, le mieux-être continue; le lendemain, la tête est tout à fait libre; cependant, persistance de la paralysie de la vessie, et des douleurs aux articulations de la tête, que le malade ne peut remuer sans être obligé de la soutenir avec les mains;

déglutition difficile. L'état de stupeur du visage est moins prononcé. — Dix sangsues aux apophyses mastoïdes; boissons adoucissantes; le calomel et la magnésie sont supprimés.

Le 11, la nuit a été bonne; le malade se sent très bien, il reprend de l'espoir; la paralysie de la vessie persiste cependant, et on est obligé d'introduire la sonder deux fois par jour. L'état de stupeur de la face, quoique moindre, est encore remarquable; la plaie va bien. — Boissons adoucissantes.

Le 12, la nuit a été bonne; le malade se sent très bien et demande à manger; il dit qu'il éprouver moins de douleurs en remuant la tête; en un mot, sauf la paralysie de la vessie, son état paraît satisfaisant. — Bouillon maigre et pruneaux; boissons adoucissantes.

La journée se passe sans accident nouveau, et tout reste dans le même état que le matin; à cinq heures même, il sommeillait paisiblement, lorsqu'à huit du soir, au moment où le chirurgien de garde introduit la sonde pour vider la vessie, des phénomènes apoplectiques surviennent tout à coup; B*** perd aussitôt connaissance, la respiration devient stertoreuse, la face rouge, les extrémités inférieures se paralysent, et l'insensibilité paraît générale.

En vain on a recours, pour combattre ce nou-

vel accident, aux évacuations sanguines et aux révulsifs les plus énergiques, le malade n'en succombe pas moins à minuit, c'est à dire quatre heures après l'apparition de ces symptômes.

Autopsie du cadavre faite trente-trois heures après la mort.

Méninges et encéphale : tous les sinus sont gorgés de sang, la pie-mère est considérablement injectée, la substance cérébrale elle-même présente un sablé très abondant, mais aucun épanchement n'y est rencontré; tous les vaisseaux sont injectés, et on voit que le cerveau a été le siége d'une congestion extrêmement active.

Colonne vertébrale et moelle épinière : les articulations de la première vertèbre cervicale, c'est à dire de l'atlas, avec les condyles de l'occipital et avec l'axis, présentent une mobilité remarquable; les surfaces articulaires sont baignées par le pus; les ligamens qui les unissent nagent eux-mêmes dans ce liquide et sont très ramollis; le ligament transverse de l'atlas, entre autres, est sur le point de se rompre, et il existe entre lui et l'apophyse mastoïde une quantité assez grande de liquide purulent.

Le pus a fusé dans l'intérieur du canal, et a détaché la dure-mère, qui se trouve ainsi séparée de la surface de l'os; cette membrane fi-

breuse est non seulement recouverte de pus à l'extérieur, c'est à dire à sa surface correspondante aux os, mais encore à celle qui est en contact avec l'arachnoïde. En remontant dans l'encéphale, on trouve la moelle allongée et le mésocéphale recouverts par un liquide purulent, dû également à l'inflammation de la dure-mère, qui est détachée, sur ce point, de la surface osseuse. La substance nerveuse est aussi, en cet endroit, plus rouge et plus pénétrée de sang, mais on y cherche en vain des traces d'épanchement : il n'y a pas une goutte de sang hors des vaisseaux. Tout porte à croire que le pus que l'on trouve à sa face antérieure est dû au travail inflammatoire, qui a, par contiguité de tissu, pénétré jusqu'à elle. La substance de la moelle épinière est d'ailleurs intacte, et il n'existe aucune compression sur cet organe, qui partage cependant un peu l'état de congestion dont la substance encéphalique a été si violemment frappée.

Le pus a, en outre, fusé dans le tissu cellulaire qui existe entre les vertèbres et les muscles petits droits postérieurs et oblique de la tête; les fibro-cartilages intermédiaires sont sains; il n'existe aucune altération dans les autres vertèbres cervicales. L'atlas et l'axis ne sont pas cariés, mais ramollis, pénétrés de sang, et tout fait présumer que leur érosion n'aurait pas tardé à s'y manifester.

Poitrine : quelques adhérences existent entre les poumons et les plèvres ; elles sont plus intimes du côté droit. Les poumons sont gorgés de sang veineux, les bronches sont rouges, brunes, le ventricule droit du cœur est rempli de sang.

L'estomac et les intestins sont sains, le foie est gorgé de sang; il en est de même de la rate.

La vessie contient une petite quantité d'urine, sa membrane muqueuse est légèrement rosée; du reste, les reins et les uretères sont sains.

Ce qui frappe d'abord à la lecture de l'observation précédente, c'est la bénignité du début, la rapidité de la marche, l'arrivée subite de la mort. La maladie s'annonçant avec les caractères du torticolis, ne dut-on pas être surpris de son siége profond et de son issue funeste? Encore si le malade avait antérieurement acc ué des douleurs dans les parties qui étaient le siége du mal; s'il eût été d'un tempérament lymphatique, et à plus forte raison scrofuleux; s'il eût été en proie à des affections rhumatismales ou goutteuses dont la durée eût agi sur sa constitution, l'attention du praticien aurait pu être tenue en éveil et arriver à la vérité; mais loin de là, B*** avait constamment joui d'une bonne santé; jamais il n'était entré à l'hôpital, jamais il n'avait eu de maladie vénérienne; depuis quelques jours seulement, il se plaignait de douleurs au cou, encore étaient-elles

assez légères pour qu'il fallût l'ordre du chirurgien en chef pour lui faire suspendre son service et l'obliger à entrer dans la salle des blessés.

Qu'on se garde, néanmoins, de croire que le sujet ait succombé avant qu'on ait déterminé la nature de la maladie. L'impossibilité où il se trouva, quelques jours après son entrée, de faire exécuter des mouvemens à la tête, sans prendre la précaution de la tenir entre les mains, puis l'expression toute particulière de souffrance du visage, caractères signalés par Rust comme pathognomoniques de la luxation spontanée des articulations atloïdo-occipitale et axoïdienne, avaient fait présumer que le malade pouvait être atteint d'une lésion de ces parties. Mais comment se prononcer avec une entière certitude, alors que les auteurs qui en ont parlé, et notamment M. Olivier d'Angers, affirment que sa durée n'est jamais moindre de six mois.

Comment s'arrêter à l'idée que les désordres de l'intelligence n'étaient dus qu'à une irritation sympathique de l'organe cérébral, irritation développée à la suite d'une arthrite des articulations atloïdo-occipitales? Qu'on parcoure les écrits des auteurs anciens et modernes qui ont parlé de cette affection, et l'on se convaincra de la rareté des cas qu'on pourrait comparer à celui que nous

venons de rapporter. En effet, tous, ou presque tous les observateurs, assignent une durée bien autrement longue à l'arthrite occipito-cervicale, dont Boyer paraît même avoir à peine eu connaissance, et sur laquelle Schupke a, le premier, le mérite d'avoir appelé l'attention des médecins. On ne saurait cependant élever de doutes sur l'identité de ces affections. Il suffirait, pour lever tout scrupule à cet égard, de comparer les altérations cadavériques, observées dans l'exemple que nous rapportons, à celles qui ont été antérieurement constatées. Ces altérations sont toujours celles des ligamens et des membranes articulaires; seulement, dans les cas cités par nos devanciers, elles étaient souvent plus profondes et décelaient l'état chronique. Chez B*** au contraire, elles parurent moins étendues, plus récentes, plus aiguës. Suivant notre opinion, cette différence dans les altérations explique à merveille l'absence de plusieurs phénomènes signalés par les auteurs et qui n'ont point été observés chez B***; telle est, entre autres, la gêne de la déglutition, due, selon toute apparence, au pus tantôt sanieux, tantôt de bonne nature, que l'on trouve toujours, dit Rust, en quantité plus ou moins considérable entre la colonne vertébrale et le pharynx, et occasionnée quelquefois aussi par les ulcères dont le pharynx est recouvert. L'état d'intégrité de la substance de la moelle épinière ne rend-elle

pas également compte de la non-apparition des fourmillemens passagers, de l'engourdissement des membres supérieurs, de la non-difficulté de respirer, de la non-altération de la voix, et de plusieurs autres symptômes, qui figurent dans le tableau que les grands maîtres ont tracé? et s'il faut rapporter la paralysie de la vessie et les douleurs des cuisses à une lésion du système nerveux, qui ne voit que le pus découvert entre la dure-mère et le canal vertébral, en comprimant légèrement la moelle, et en provoquant son irritation, rend parfaitement raison de ce double phénomène?

Le genre de mort auquel B*** a succombé diffère de celui qui fait ordinairement périr les malheureux atteints de luxation spontanée des articulations atloïdo-occipitale et axoïdienne. Suivant Ollivier et Rust, ces infortunés périsssent tantôt par une asphyxie lente, suite de phthisie pulmonaire, tantôt par un amaigrissement progressif, mais, le plus souvent, par une mort subite, que provoque la compression brusque de la moelle, survenue durant quelque mouvement exécuté par le malade.

Quelquefois aussi, mais ces cas sont les plus rares, si rares même que Rust avait d'abord professé que la maladie devait toujours se terminer par la mort; quelquefois, dis-je, la guérison survient, et nous en avons observé un exemple chez un individu auquel M. Bégin fit, en 1835,

la ligature de l'artère crurale pour une tumeur érectile de l'extrémité inférieure du tibia (1). Le malade ayant succombé, on trouva à l'autopsie, outre l'altération du tibia et de l'artère, une ankylose des vertèbres cervicales. La science, du reste, en possède un certain nombre que l'on trouve dans Palfyn, Duverney, Bertin, Sandifort, Goetz, Ollivier, J. Cloquet, Ch. Wentzel, enfin Meckel, Colomb, Van de Wynpersse, cités par Rust, et reproduits par Richelot et Chassaignac, dans leur traduction des œuvres de sir Ast. Cooper.

Dans toutes ces observations, qui attestent la puissance miraculeuse de la nature, la guérison a été due et à la lenteur du déplacement, et à l'espèce d'insensibilité avec laquelle la moelle

---

(1) Cet individu portait, à la partie inférieure du tibia, une tumeur érectile, dont il était facile de sentir les pulsations. La maladie faisant des progrès, on pratiqua la ligature de l'artère crurale, à la partie moyenne de la cuisse : l'opération dura peu, et le malade alla assez bien les premiers jours ; puis une hémorrhagie abondante étant survenue, l'artère fut liée au niveau de l'arcade crurale. Le malade s'affaiblit, une nouvelle hémorrhagie survint, et l'opéré finit par succomber. On trouva, à l'autopsie, que l'artère musculaire profonde naissait immédiatement au dessus de la ligature.

s'habitue à la compression, alors que cette dernière est graduelle (1).

Sous le rapport du traitement, il est manifeste que les antiphlogistiques, largement employés, sont les seuls moyens qui soient indiqués pendant la période aiguë de l'inflammation. Si, dans le cas présent, les applications de sangsues ne furent pas toutes faites vis à vis du siége primitif du mal, la raison en est dans l'invasion subite du délire et des symptômes de l'encéphalite. De là les hésitations du traitement, qu'un diagnostic plus précis eût pu faire éviter. Il est remarquable, toutefois, que des saignées très abondantes, qu'une incision assez profonde pour atteindre presqu'au siége du mal, et accompagnée d'une évacuation sanguine abondante, n'aient jamais que momentanément suspendu le cours des symptômes.

Les révulsifs plus profonds, tels que les cautères et les moxas, n'eussent convenu que si la maladie, ayant perdu de sa violence première, s'était prolongée en passant à l'état chronique, ainsi que cela vient d'avoir lieu chez un homme

---

(1) On sait que le cabinet d'anatomie du Jardin des plantes renferme un rachis dont le canal intérieur est si rétréci qu'il ne peut admettre une plume ordinaire.

que nous avons en ce moment sous les yeux, et à qui un abcès considérable, provenant de la région antérieure de la colonne cervicale, fut ouvert à travers le pharynx.

Nous terminerons cette revue des lésions des centres nerveux par l'observation d'un militaire dont notre honorable ami, M. le docteur Hippolyte Larrey a fait mention, dans son intéressante relation du siége d'Anvers, et qui est venu succomber à Strasbourg en 1834.

Cet homme, voltigeur au 3e bataillon du 19e léger, avait un tempérament sanguin prononcé et le cou très court. Un éclat de bombe l'avait atteint, pendant le siége d'Anvers, à la partie antérieure de la tête, et lui avait fait une fracture avec de nombreux fragmens. Un débridement étendu ayant été pratiqué, des esquilles furent enlevées, et, malgré la perte de substance considérable que présentait le crâne, le blessé survécut et suivit le régiment à Strasbourg.

On nous l'apporta, le 6 juin 1834, à l'hôpital militaire. Il avait été atteint, à deux heures du matin, d'un accès convulsif auquel il était sujet depuis sa blessure, et d'où il avait été impossible de le faire sortir malgré les moyens les plus convenables.

M. Bourdin, un des officiers de santé les plus

distingués de l'armée, nous apprit alors que M***, désœuvré depuis sa blessure, s'adonnait aux boissons alcooliques, et, selon toute apparence, s'était grisé la veille au soir, car c'était ordinairement après une orgie que ses accès le prenaient. Quoi qu'il en soit, M***, porté sur un brancard, fut placé, à son arrivée, dans la salle des blessés, où il présenta les symptômes suivans :

Perte de connaissance, face vultueuse; mouvemens convulsifs des yeux et de la bouche, qui est déviée du côté droit; légers mouvemens convulsifs des extrémités supérieures, plus prononcés du côté droit; battemens très fréquens du cerveau, rendus sensibles par la perte de substance osseuse; pouls très fréquent; respiration stertoreuse, mouvemens tumultueux du cœur; peau couverte de sueur à la partie supérieure du corps, extrémités froides, surtout vers les pieds. — Saignée de dix onces, application de sangsues au front et autour de la cicatrice, sinapismes aux jambes et aux cuisses, applications froides sur la tête.

La journée se passe sans que le malade reprenne connaissance; vers midi, les mouvemens convulsifs des extrémités disparaissent; mais ceux de la face persistent. Le visage est moins rouge, les battemens cérébraux moins forts, la respiration moins stertoreuse; la peau a repris sa cha-

leur normale. — Nouveaux sinapismes aux cuisses, application de sangsues permanentes à la tête, lavement purgatif.

La nuit n'apporte aucune amélioration; cependant le sang coule encore à la visite du matin.

Le 7 juin, le malade n'a point repris connaissance; le visage est pâle, le pouls est moins fréquent et presqu'à l'état normal; la respiration est encore lente, mais non stertoreuse; il existe encore de temps à autre des mouvemens convulsifs dans les muscles de la face et des yeux; mais les extrémités en sont exemptes; la bouche a sa direction naturelle, la peau du corps est plus fraîche.—Continuation de l'application des sangsues au front et des compresses froides sur la même partie; lavement purgatif.

La journée ne présente rien de remarquable; pendant la nuit, au rapport de l'infirmier, les mouvemens convulsifs de la face auraient été moins fréquens encore que pendant le jour.

Le 8, même état que la veille; teinte jaunâtre du visage. — Même prescription, hormis les sangsues; vésicatoires aux cuisses.

Vers six heures du soir, le malade reprend connaissance et s'efforce de parler; mais il ne peut articuler que des sons trop faibles pour être entendus; on comprend néanmoins qu'il demande

à boire un peu de vin; l'infirmier lui en refuse et remplace ce liquide par un verre de limonade, qui était la boisson prescrite.

La nuit a été assez calme; à quatre heures, le malade a de nouveau fait entendre qu'il désirait boire du vin; nouveau refus de la part de l'infirmier et du chirurgien de garde.

Le 9, à la visite, le visage est plus pâle encore que les jours précédens; du reste, l'état général est à peu près le même.

Le malade veut s'efforcer de parler; mais cela lui est impossible. La visite était à peine finie que M*** est pris d'un accès tout à fait semblable à celui qu'il avait éprouvé pendant la nuit du jour où on l'avait amené à l'hôpital. Le chirurgien en chef, appelé aussitôt, fit appliquer de nouvelles sangsues permanentes au front, et placer deux vésicatoires aux jambes. Les mouvemens convulsifs de la face, mais surtout ceux du côté droit, persévèrent jusque vers quatre heures du soir : alors on remarque un peu de calme jusqu'à dix heures de la nuit. Depuis lors, jusqu'au moment de la mort, qui n'arriva que le 12 au soir, des attaques analogues à celles ci-dessus mentionnées revinrent, à des époques plus ou moins éloignées, mais durant lesquelles les mouvemens convulsifs parurent moins intenses et la respiration de plus en plus stertoreuse. Pendant ces accès, la face

redevenait momentanément plus rouge et les battemens du cerveau plus violens.

Cet état fut toujours combattu par les mêmes moyens; le front du malade et surtout les endroits environnans étaient couverts de piqûres de sangsues, et les extrémités inférieures de révulsifs.

A partir du 12 au matin, le pouls commença à s'affaiblir et le corps à se couvrir d'une sueur froide; peu à peu les mouvemens du cœur diminuèrent, et le malade expira à la suite d'une agonie assez longue.

Autopsie faite trente-six heures après la mort.

Habitude extérieure. Embonpoint assez remarquable; pâleur du visage, enfoncement de la cicatrice de la tête.

Encéphale : l'ouverture du crâne fut faite avec soin, afin d'examiner l'état des parties jadis atteintes par l'éclat de bombe. On y apporta d'autant plus d'attention que M***, alors qu'il était bien portant, avait été, pour les élèves, l'objet d'une conférence clinique.

Les méninges sont dans l'état normal; aucune trace de phlogose ne s'y fait remarquer. Les sinus sont gorgés de sang, par suite de la longue agonie du sujet.

La substance cérébrale ne présente point de trace de phlegmasie; elle est, peut-être, un

peu plus molle que dans l'état naturel ; mais cette circonstance tient vraisemblablement au temps qui s'est écoulé depuis la mort et à la température élevée de la saison. Les ventricules contiennent une petite quantité de sérosité. Les plexus choroïdes ont leur coloration normale.

A l'endroit correspondant à la cicatrice, la substance cérébrale de l'hémisphère gauche adhère aux tégumens du crâne par un tissu dense, blanc, élastique, serré, analogue, par ses caractères anatomiques, aux productions fibreuses. Cette adhérence est tellement intime qu'elle ne cède qu'avec une grande difficulté aux efforts tentés pour la rompre. Du reste, cette ténacité dans l'adhésion des organes rend parfaitement compte du soulèvement et du déplacement complets de la cicatrice par les pulsations cérébrales, pulsations très visibles à l'œil nu, alors que le malade enlevait la plaque de cuir bouilli qu'il portait habituellement, afin de soustraire l'encéphale à l'influence des agens extérieurs A l'endroit correspondant à la cicatrice, la substance cérébrale offrait un surcroît de densité, comme si la nature, prévoyant que cette portion de l'organe serait désormais plus exposée aux impressions physiques, avait voulu lui donner, pour y résister, une consistance plus grande.

La pièce osseuse a été conservée dans le cabinet

d'anatomie pathologique de l'établissement; la surface des os environnans ne présente d'ailleurs d'autres caractères que ceux assignés par les auteurs aux cas de ce genre. L'ouverture, irrégulièrement quadrilatère, et d'un pouce et demi environ en tous sens, a des bords mousses, arrondis, qui adhéraient avec force à la circonférence du tissu de la cicatrice et semblaient y être enchatonnés.

Poitrine : les voies aériennes n'offrent rien de particulier, excepté un peu de rougeur cadavérique dans les dernières divisions des bronches, des adhérences dans le côté droit du thorax, et un engouement de la partie postérieure des deux poumons. Du sang coagulé remplit le ventricule droit du cœur : cet organe est d'ailleurs sain.

Abdomen : l'estomac présente quelques traces de phlegmasie chronique dans son grand cul-de-sac; il en existe aussi, mais de plus rares, vers la valvule iléo-cæcale; les autres parties de l'intestin grêle et de tout le gros intestin sont saines. Il y a une accumulation assez grande de matières fécales dans le colon descendant et le rectum.

Le foie et la rate contiennent une assez grande quantité de sang.

Les organes génito-urinaires sont dans l'état naturel; la vessie contient encore un demi-litre d'urine rougeâtre.

Le blessé qui est l'objet de l'observation précédente est celui dont parle M. H. Larrey aux pages 109 et 110 de sa relation chirurgicale du siége d'Anvers. Si l'on se reporte à l'histoire de sa blessure, on voit qu'il ne parvint à la guérison qu'à travers les orages d'une encéphalite traumatique intense. Si, plus tard, on suit la vie de ce militaire, on le trouve disposé, par un tempérament sanguin fort développé, par le peu de longueur du cou, par les excès dans l'usage des boissons alcooliques auxquelles il se livrait, à des congestions encéphaliques, dont il éprouve, en effet, plusieurs atteintes, et qui sont accompagnées de turgescence au visage, de mouvemens convulsifs des yeux et de la face, de secousses violentes dans les membres supérieurs. Les accès produits par le retour assez fréquent de ces congestions offrent un singulier mélange des symptômes de l'apoplexie et de ceux qui caractérisent l'état épileptique, association d'ailleurs assez fréquente à la suite des blessures qui ont laissé dans l'encéphale des désordres matériels permanens.

Lors de la dernière crise, les accidens débutent à deux heures du matin et se prolongent, en s'aggravant, jusqu'à l'entrée du blessé à l'hôpital. Alors l'état vultueux du visage, la plénitude du pouls, les secousses violentes dans le côté droit, la déviation de la langue du même côté, sem-

blaient annoncer un état d'irritation du lobe gauche et une sorte d'étranglement de la substance cérébrale à travers l'ouverture osseuse au devant de laquelle elle faisait saillie. Les évacuations sanguines produisirent d'abord de bons effets, et semblèrent devoir amener la guérison; mais bientôt les symptômes se réveillent, la face pâlit, le pouls devient plus lent, et, malgré l'emploi des révulsifs, l'affaiblissement fait des progrès et le sujet succombe.

Faut-il attribuer au traitement l'absence d'engorgement des vaisseaux encéphaliques, révélée par l'autopsie du cadavre? Cette opinion nous semble plausible. Tout porte à penser, en outre, que si, par des congestions antérieures répétées et par des excès presque constans, le militaire dont il est ici question n'avait pas usé en quelque sorte les forces organiques du cerveau, le traitement employé aurait complètement réussi.

Il importe de faire ressortir de cette observation une vérité, d'ailleurs bien connue déjà, savoir, que les sujets qui ont éprouvé des plaies de tête graves restent pendant longtemps, et quelquefois durant toute leur vie, à raison des cicatrices formées, des adhérences établies, des saillies ou des compressions agissant sur le cerveau, disposés à des douleurs, à des congestions, à des phlogoses de ce viscère, qu'ils ne pour-

ront éviter qu'en usant de précautions hygiéniques très minutieuses. Tant de causes physiques, morales, sympathiques et autres tendent à exciter l'encéphale, que quand il recèle dans sa substance quelque anomalie de structure, la désorganisation complète tend incessamment à s'en emparer.

N'oublions pas de signaler encore le mode de cicatrisation de la plaie à l'endroit correspondant à la perte de substance faite au coronal. Le tégument nouveau, formant la cicatrice extérieure, se continuait en un tissu fibreux, solide, à la profondeur d'une ligne environ, et par sa face interne adhérait à la dure-mère, à l'arachnoïde, à la pie-mère et à la substance cérébrale elle-même. C'était une cicatrice épaisse, cutanée en dehors, confondue à l'intérieur avec les enveloppes du cerveau et unie intimement au cerveau lui-même. Les bords de l'ouverture du coronal n'offraient aucune trace de prolongement osseux nouveau : placés entre le péricrâne d'une part et la dure-mère de l'autre, ils adhéraient au pourtour de la cicatrice fibreuse destinée à combler la perte de substance qu'ils laissaient libre.

VINGT-SIXIÈME OBSERVATION.

Hydrophobie spontanée.

G***, ex-sergent-major au 49e de ligne, d'un tempérament sanguin, d'une haute stature, âgé de vingt-quatre ans, entra à l'hôpital militaire le 6 octobre 1833.

Ce militaire, adonné aux boissons alcooliques, et dont la jeunesse était orageuse, avait, quelques jours auparavant, été cassé, et s'était ainsi vu obligé de quitter les galons de sergent-major, qu'il avait portés pendant un certain temps. Le chagrin qu'il ressentit fut très vif, et, pour s'en consoler, il eut recours à un surcroît de boissons spiritueuses. Bien qu'habitué aux excitations de cette nature, G*** s'en trouva mal, et commença à ressentir une céphalalgie susorbitaire, et, de plus, une douleur au pharynx suivie de difficulté dans l'acte de la déglutition. Malgré ces deux phénomènes morbides, G*** n'en continua pas moins à s'exciter, et alors il fut pris inopinément d'une tristesse et d'une mélancolie peu en rapport avec les effets ordinaires des boissons alcooliques. Rentré au quartier, il s'assit dans l'un des coins de la chambre, et sembla plongé dans de douloureuses réflexions, attribuées, par ses camarades, à la disgrace dont il avait été ré-

cemment l'objet. Toutefois, ayant réclamé des soins de l'officier de santé du corps, celui-ci l'envoya, le jour même, à l'hôpital, où il fut placé, à son entrée, dans le service des fiévreux comme atteint d'angine. Il fut évacué aussitôt sur le service des blessés, où il présenta, dès l'abord, les symptômes suivans :

Visage coloré, expression douloureuse de la face, douleur de tête peu intense, sentiment de constriction à la gorge, difficulté dans les mouvemens de la déglutition, et principalement dans celle des substances liquides. Le sommeil est troublé par des rêves effrayans. Cependant les facultés de l'intelligence sont intactes ; le malade répond juste aux questions qu'on lui adresse. Il accuse des douleurs vagues au dos, aux lombes et au cou. Les organes de la digestion paraissent sains ; le sujet n'éprouve ni nausées ni vomissemens ; seulement il y a un peu de constipation.

Quant à la circulation, le pouls paraît un peu plus fréquent, il bat quatre-vingt-cinq fois par minute. La respiration est naturelle et la chaleur ne diffère pas sensiblement de celle de l'état normal.

Ce qu'il y a de plus remarquable dans l'état du malade est le sentiment de malaise et de douleur, pour ainsi dire convulsif, que lui font éprouver parfois la vue des liquides ou l'éclat d'une vive

lumière. Ce symptôme, dont il veut rendre compte avec prolixité, fut recueilli par le chirurgien en chef, qui le signala aussitôt à l'attention des élèves, et envoya incontinent chez l'un des officiers de santé du corps, à l'effet de savoir si ce militaire n'avait pas été mordu par quelque animal suspect, l'examen du corps n'ayant pas fait reconnaître de plaie récente.

En attendant et eu égard à la céphalalgie ainsi qu'aux douleurs du cou, du dos et des lombes, une saignée de douze onces est prescrite et dix ventouses scarifiées sont appliquées sur les côtés de la colonne dorsale. Pendant que le sang coule de la veine, le malade est pris d'un mouvement convulsif des muscles du pharynx, et les yeux deviennent brillans et hagards; mais cet état n'a qu'une durée très courte, et la quantité de sang obtenue est égale à celle qu'il a été ordonné de tirer.

Le malade, après l'application des ventouses et la saignée, est mieux; le mal de tête a entièrement disparu; mais les mouvemens convulsifs qu'il a éprouvés pendant la saignée se reproduisent vers quatre heures de l'après-midi, au moment où il veut prendre un peu de boisson (limonade) qui lui avait été présentée. Cette fois, il y eut un peu de suffocation et de l'ardeur intérieure dans la poitrine.

Le malade, revu dans la soirée (sept heures), était à peu près dans le même état que le matin. Les douleurs de tête et du dos étaient plus intenses; la soif, jusque-là nulle, était devenue plus vive, quelquefois même elle était impérieuse; le malade avait pu y satisfaire à plusieurs reprises, mais non sans peine.

Dix nouvelles ventouses scarifiées sont appliquées sur la colonne vertébrale, et des sangsues sont mises en permanence sur le front; en même temps des sinapismes sont appliqués aux pieds. On recommande ensuite au chirurgien de garde, dans le cas où le pouls se développerait, de faire une nouvelle saignée générale de dix onces.

Le 8 octobre, la nuit a été mauvaise, le malade n'a pas dormi; la vue de la chandelle lui occasione des douleurs dans la poitrine; il ressent dans la trachée une chaleur brûlante, qui parcourt rapidement tout le tube aérien. Il boit peu, malgré la soif qu'il éprouve, car il craint de voir se renouveler l'attaque de la veille.

Les fonctions digestives et circulatoires sont dérangées : l'épigastre est douloureux, la langue sèche, le pouls est plus fort, plus fréquent, la peau est chaude, la voix altérée, le malade a eu plusieurs érections involontaires.

A la visite du matin, le visage n'exprime pas plus de souffrance que la veille, la céphalalgie,

la douleur du dos et des lombes n'ont pas diminué; la soif est plus vive, le pouls continue à présenter les modifications signalées plus haut. Le malade commence à s'inquiéter; cependant les facultés intellectuelles sont intactes. Il a eu une selle pendant la nuit; les urines sont peu abondantes, mais naturelles.

Nouvelle saignée locale au rachis, à l'aide des sangsues permanentes, saignée veineuse de huit onces, lotions froides sur la tête, sinapismes aux jambes.

La matinée est assez bonne, le malade n'éprouve presque plus de constriction à la gorge; le visage reprend un peu de sérénité, le pouls redevient naturel; les douleurs de poitrine disparaissent, la déglutition est plus facile; on cesse l'application des sangsues vers cinq heures. Le malade s'assoupit alors; puis, à dix heures et demie du soir, il est réveillé par un frisson qui s'accompagne d'un sentiment de constriction des plus douloureux à la gorge. Bientôt la céphalalgie et les douleurs du dos reparaissent, le pouls s'élève, la soif redevient vive, le malade parle avec vivacité, son visage s'anime, ses yeux sont brillans; il éprouve des envies de mordre, ne peut voir aucun liquide sans éprouver des mouvemens convulsifs, qui ont principalement leur siége à la gorge et à la partie supérieure de la

poitrine. A cet accès, qui effraya l'infirmier, succéda un calme de près de trois heures, pendant lequel le malade étancha sa soif et se trouva assez bien; il demanda même un peu de bouillon ou de vin rouge, que la personne qui le soignait n'osa lui accorder; puis une nouvel accès reparut, aussi intense et aussi effrayant que le premier, et pendant lequel la respiration, à ce que dit le chirurgien de garde, fut lente et stertoreuse : on n'observa, du reste, aucune bave écumeuse à la bouche.

Le 9, à la visite du matin, le visage porte l'empreinte de la souffrance; les traits sont tirés, l'œil abattu, le pouls est encore fort et fréquent, les réponses du malade sont brèves, il paraît s'impatienter des questions qu'on lui adresse; le front est brûlant, la peau du corps chaude, surtout le long du rachis; cependant, à en croire G***, les douleurs qu'il y ressentait auraient disparu.

Quinze sangsues au front, vésicatoire aux jambes, même boisson que les jours précédens, potions gommeuses.

Une demi-heure après la visite, le malade est pris d'un nouvel accès; mais en sentant son invasion, il prie l'infirmier de ne pas l'approcher, de crainte d'être mordu, et, pour la première fois, à la fin de ses mouvemens convulsifs, il fit des efforts de sputation.

Cet accès eut une durée plus longue que les précédens, et fut suivi, deux heures après, d'un nouveau, pendant lequel le spasme de la poitrine devint si violent, que le chirurgien de garde crut que le malheureux allait succomber à l'asphyxie.

Depuis lors, le mal ne fit qu'augmenter; l'horreur pour les liquides, mais surtout pour l'eau, devint de plus en plus grande; le moindre bruit occasioné par ce liquide occasionait une souffrance telle que l'infirmier, distrait un moment des soins auxquels il se livrait, ayant versé par oubli de l'eau dans une cruche, le malade, bien que calme en ce moment, fut pris aussitôt de mouvemens spasmodiques à la gorge.

Enfin, le soir, pendant la durée d'un des accès, l'infirmier s'étant approché de lui pour l'empêcher de se blesser durant les agitations convulsives auxquelles il était en proie, le malade le mordit par surprise, sans cependant déterminer une blessure considérable; il succomba, dans le courant de la nuit du 11 au 12 octobre, au milieu de douleurs aiguës et dans un état horrible à décrire.

Autopsie du cadavre faite vingt-quatre heures après la mort.

Habitude extérieure : rigidité des membres très prononcée.

Encéphale et prolongement rachidien : les

méninges et le cerveau présentent des traces non équivoques de phlogose. Les sinus sont gorgés d'un sang noir et liquide.

Le réseau vasculaire de la pie-mère est fortement injecté, et ce caractère se retrouve jusque dans les anfractuosités où ce réseau pénètre. Vers la base du cerveau, il existe quelques taches d'un rouge écarlate, dispersées à la surface de cet organe. Dans les ventricules latéraux, les plexus choroïdes sont gorgés de sang; du reste, toute cette partie est évidemment plus rouge que dans les cadavres dont le cerveau est sain.

Quant à la substance cérébrale, elle paraît, sous le rapport de la densité, dans l'état normal; il n'en est pas de même de la moelle épinière, dont les enveloppes partagent la phlogose de celles de l'encéphale, et dont la substance offre un léger ramollissement; cette dernière laisse d'ailleurs suinter un grand nombre de gouttelettes sanguines, lorsqu'on la divise avec l'instrument tranchant.

Voies aériennes, circulatoires et digestives : la bouche et l'arrière-bouche sont rouges. Cependant ce caractère ne se rencontre point dans les glandes salivaires, parotides, sous-maxillaires et sublinguales. J'oubliais de dire qu'il y avait sur les lèvres un peu d'écume analogue à celle que l'on rencontre chez les individus qui ont suc-

combé à l'asphyxie : ici, pourtant, elle était un peu plus abondante.

Le larynx, la trachée-artère et les bronches sont enflammés, il existe un peu de mucosité écumeuse au commencement de la trachée-artère; l'inflammation s'étend aux deux tiers à peu près du tube aérien.

Poumons : les poumons sont d'une couleur rouge brun, ce qui s'explique par le trouble survenu dans la circulation capillaire; de plus, il existe un peu d'emphysème pulmonaire, dû vraisemblablement à la rupture de quelques cellules bronchiques pendant les efforts d'une respiration convulsive.

Le cœur contient quelques caillots gélatiniformes, surtout du côté droit; tous les vaisseaux, du reste, paraissent contenir une grande quantité de sang liquide.

Le pharynx seul est rouge, l'œsophage, l'estomac et les intestins ont leur coloration naturelle.

Le foie est gorgé de sang noir; ce caractère est moins prononcé dans la rate.

La vessie et les reins ne présentent rien de particulier.

En réfléchissant un moment aux symptômes observés pendant le cours de la maladie dont nous venons de faire l'histoire, on ne peut s'empêcher de reconnaître l'analogie qui a existé

entre eux et ceux que les auteurs ont décrits comme symptômes spéciaux de la rage; *aussi le premier soin du chirurgien en chef fut-il de s'enquérir si cet individu n'avait pas été mordu, à une époque récente ou éloignée, par quelque animal suspect.* Telle était, en effet, la ressemblance parfaite de cette affection avec celle de l'hydrophobie rabienne, que l'homme le plus étranger à la médecine n'aurait pu s'y méprendre. Comme dans la rage, la maladie débute par la tristesse, la mélancolie, des symptômes d'angine; puis, bientôt après, de la céphalalgie, des douleurs dans les lombes, le dos et le cou. Qui ne croirait reconnaître, dans ce tableau, la première période des effets produits ordinairement par le virus rabique? Et plus tard, à mesure que la maladie fait des progrès, combien cette ressemblance ne devient-elle pas plus frappante encore? Qu'on examine l'un après l'autre les différens symptômes dont il a été question, et soit que l'on s'adresse aux phénomènes fournis par les fonctions de relation ou à ceux offerts par la vie dite organique, toujours on voit se produire cette analogie avec les effets les plus constans du virus rabique comme avec les plus rares : les envies de mordre, le frisson hydrophobique, l'ardeur intérieure de la poitrine, la bave écumeuse, quoiqu'à un faible degré, s'y rencontrent, aussi bien que

l'excitation cérébrale, le spasme de la gorge et l'altération de la voix. A coup sûr si, durant le cours de son existence, ce militaire, ce dont nous n'avons pu nous assurer d'une manière positive, eût été mordu par un animal enragé, on n'eût pas manqué de dire qu'il avait succombé à la rage; mais, à défaut de renseignement important, faut-il ne voir, dans la réunion de tous ces symptômes, qu'une circonstance fortuite, et rejeter l'existence de l'hydrophobie spontanée, par cela seul que l'on n'en possède point encore d'exemple bien authentique? Aurait-on oublié que, d'ailleurs, la première fois que le chien, ou toute autre espèce animale, a été atteint de la rage, la maladie s'était, à coup sûr, déclarée spontanément; et, dès lors, distingue-t-on clairement pourquoi le même phénomène ne pourrait se reproduire chez l'homme? Sans doute, l'hydrophobie est un phénomène commun à un grand nombre de maladies; et à ce titre, peut-être, ne méritait-elle point d'être considérée, par les nosographes, comme une affection à part. Mais l'usage ici, comme en beaucoup d'autres circonstances, a prévalu, et puisque non seulement ce symptôme, l'un des plus caractéristiques de la rage, mais encore tous ceux qui composent le *groupe* auquel les auteurs *ont imposé le nom de rage*, se sont rencontrés dans la maladie dont

nous venons de rapporter l'observation, nous ne voyons pas pourquoi l'on refuserait de la considérer sous ce point de vue. Dira-t-on que les altérations pathologiques ont démontré le peu de solidité de nos argumens, en faisant voir que tout cet appareil effrayant de symptômes était dû à la phlegmasie aiguë d'une grande partie de l'axe cérébro-spinal, tandis que bien souvent, dans la rage, on n'a rencontré aucune espèce d'altération de la moelle et du cerveau? Mais c'est précisément parce que l'hydrophobie n'est qu'un symptôme, qu'il est permis de se rendre compte de l'apparition des phénomènes constitutifs de la rage, sans que la moelle soit enflammée idiopathiquement; il suffit, pour les médecins habitués à l'analyse des lois de la vie, que cet organe le soit sympathiquement, pour qu'à l'instant même, surtout chez un individu dont le système cérébro-spinal est irritable, des phénomènes analogues à ceux de l'hydrophobie se produisent. Et comment, dans le cas qui nous occupe, méconnaître l'influence des altérations pathologiques sur la production de la maladie? Préparée de longue main par les excitations incessantes auxquelles se livrait le malade, l'irritation de la moelle et du cerveau reçut un nouveau coup de fouet lors de la disgrace du sujet; que si alors, au lieu de chercher à noyer ses maux dans les boissons stimu-

lantes, ce dernier se fût soumis à un régime doux et tempérant, peut-être la cruelle maladie à laquelle il a succombé ne se serait-elle point développée. Mais une fois apparue, on comprend comment, chez un homme éminemment sanguin et irritable, l'inflammation, qu'aggravait sans cesse la cause morale qui avait contribué à la provoquer, a dû marcher avec rapidité, et poursuivre son cours à travers les obstacles que lui opposait une thérapeutique rationnelle. Le régime antiphlogistique n'est aussi rarement suivi de succès, dans les cas de ce genre, que parce que l'inflammation est, en quelque sorte, suraiguë. Au moment où le raptus sanguin a lieu vers les organes, ceux-ci, déjà stimulés depuis longtemps, répondent avec énergie, et si la maladie n'est pas prise au début, et, souvent même, malgré cette circonstance favorable, l'affection marche, s'aggrave, et la mort survient sans que l'art en ait pu arrêter le cours. N'oublions pas, d'ailleurs, que le système nerveux, qui joue un si grand rôle dans l'économie normale et morbide, et s'oppose si souvent au succès de nos médications, entre pour une grande part dans l'hydrophobie.

Nous ne saurions, cependant, nous empêcher de faire remarquer l'amélioration qui, dans l'observation précédente, a suivi la pratique des émissions sanguines. Certes, l'emploi de ce moyen n'a pas été épargné, et plus d'un praticien trou-

vera, peut-être, qu'on en a usé trop largement. Nous sommes loin, pour notre part, de partager cet avis, et nous en appelons surtout au mieux-être qui suivit l'application des sangsues au rachis, mieux-être tel que le malade eut un moment de sommeil et se crut en voie de guérison. Peut-être y aurait-il quelque témérité à prétendre que, si leur application eût été permanente, on aurait évité l'accès qui survint quelques heures plus tard et fut le prélude de symptômes des plus alarmans et bientôt mortels ; et cependant, qui ne prévoit que le retour d'une inflammation aussi foudroyante eût été singulièrement amorti par un écoulement de sang continu au moment où le sang affluait avec abondance dans les parties. Peut-être même serait-il bien, dans des cas de cette nature, alors que les voies gastriques le permettent, de recourir à l'administration de quelques grains de sulfate de quinine; sans affirmer que l'emploi de cet antipériodique dût être suivi de quelque succès, on conçoit, cependant, qu'il pourrait parvenir, peut-être, à éloigner les retours des spasmes hydrophobiques. En aucun cas, son usage chez les sujets dont les voies gastriques seraient saines ne saurait être suivi d'aucun danger; et dans une maladie où l'art est si souvent impuissant, n'est-ce pas se montrer fidèle à sa mission que de recourir à tous les

moyens en faveur desquels l'analogie semble déposer?

Quoi qu'il en soit, et pour en revenir à l'observation qui nous suggère ces considérations, nous croyons que le malade qui en est l'objet était au dessus des ressources de l'art, mais que si quelque chose pouvait en arrêter le cours et conserver la vie, c'est à coup sûr le traitement qui a été mis en usage. Qu'eût-il raisonnablement permis, à l'aspect d'altérations pathologiques aussi étendues et partout identiques, révélées par l'autopsie, d'espérer des contre-stimulans, si vantés de nos jours? Prescrire l'émétique au début d'une affection aussi grave nous paraîtrait l'œuvre de la déraison, et recourir, à la même époque, aux antispasmodiques nous semblerait également irrationnel : les antiphlogistiques à haute dose et les révulsifs sont donc encore les seuls moyens convenables en pareille occurrence. Leur emploi est malheureusement trop souvent infructueux sans doute; mais c'est que, comme l'a dit un grand maître, il est des maladies que l'art ne guérit point; de ce nombre est souvent la myélite aiguë, affection à laquelle a évidemment succombé le sujet de cette observation; que si, quelquefois, à la suite des phénomènes d'hydrophobie, la moelle épinière a été trouvée intacte, l'esprit de système n'en saurait nier ici l'existence, pas plus

qu'il ne nie celle de l'inflammation des voies respiratoires, inflammation que l'on a presque toujours rencontrée à la suite de l'hydrophobie, et qui, à elle seule, suffirait pour donner la mort, quand bien même elle ne réagirait point sur le système nerveux cérébro-spinal. Nous aurions donc pu, sans crainte d'être démenti par les faits, intituler cette observation *myèlite aiguë* avec symptômes hydrophobiques; mais bien qu'en agir ainsi eût été décider d'abord ce qui était en question, nous aurions, sans doute, moins fixé l'attention de ceux qui persistent, malgré les travaux de leurs contemporains, à isoler les symptômes des altérations qui les déterminent, et s'écartent à dessein de la voie qui consiste à imprimer à la science le cachet de certitude auquel nous serions si jaloux de la voir arriver.

ARTICLE VI. — CORPS ÉTRANGERS.

Les corps anormaux qui séjournent dans l'intérieur ou à la surface de nos parties peuvent, comme on le sait, se rencontrer dans un grand nombre d'organes, sur lesquels, d'ailleurs, ils produisent à peu près les mêmes phénomènes, c'est à dire une stimulation plus ou moins intense, suivant leur forme et leur nature, et suivant

aussi la plus ou moins grande irritabilité des parties avec lesquelles ils sont en contact.

Les exemples de ce genre observés à notre hôpital se rapportent à des corps avalés pendant l'acte de la déglutition et arrêtés dans le pharynx et l'œsophage; à des corps étrangers dans l'articulation tibio-fémorale; enfin à un corps étranger situé derrière l'aponévrose temporale et méconnu pendant quelque temps, bien qu'il eût pénétré à travers les parties molles extérieures.

Les individus que des portions d'os de bœuf, de perdrix, etc., ont fait entrer à notre hôpital pour réclamer des secours, sont au nombre de cinq; deux sont du vivant de M. Béclard, et trois depuis l'arrivée de M. Bégin.

L'extraction des corps a été, dans les cinq cas, assez difficile, et M. Bégin a failli recourir une fois à l'œsophagotomie, tant avaient été infructueuses et prolongées les tentatives faites pour obtenir la sortie du corps étranger : cette fois, il s'agissait d'une portion d'os, longue et irrégulière, avalée par mégarde avec des choux. Le malade, pourtant, fut assez heureux d'en être quitte pour la peur.

L'extraction du corps étranger dans l'articulation tibio-fémorale gauche a été faite par M. Bégin : le sujet était un officier, âgé de trente-six ans, et chez lequel l'existence de ce corps avait

parfois donné naissance à des douleurs vives et subites. L'opération eut lieu ainsi qu'il a été généralement prescrit et fut couronnée d'un plein succès.

L'extraction du corps étranger situé derrière l'aponévrose temporale réclame, à cause de sa particularité, des détails un peu plus circonstanciés.

Le militaire qui en est le sujet était entré à l'hôpital le 15 octobre 1835 pour une plaie fistuleuse située à la partie inférieure et antérieure du temporal gauche, un peu au dessus de l'arcade zygomatique du même côté.

Interrogé sur les causes qui avaient donné naissance à cette affection, il répondit que, quelques mois auparavant, un de ses camarades lui avait jeté un manche de balai à la tête, et que la partie aiguë de cet instrument était venue frapper la région temporale gauche : une douleur assez vive s'en était suivie, et aucune plaie ne paraissait avoir été le résultat du coup.

La douleur disparut, mais au bout d'un certain temps elle reparut et ne tarda pas à être suivie de l'apparition d'un liquide séro-purulent : combattue à l'infirmerie par les cataplasmes émolliens, cette affection ne parut pas s'améliorer, et le malade entra à l'hôpital.

A son arrivée, M. Bégin, voulant s'assurer de

l'état des parties, introduisit un stylet dans la plaie et crut un moment sentir un corps étranger ; mais la sensation était si vague, qu'il pensa s'être trompé, et s'en rapporta au dire du blessé, qui assurait qu'aucun corps étranger n'était entré dans l'intérieur. On diagnostiqua, en conséquence, une inflammation chronique de la partie, avec perforation de l'aponévrose temporale, et on prescrivit des applications de sangsues, renouvelées tous les trois ou quatre jours, puis celle de cataplasmes émolliens. Ce traitement dura pendant trois semaines, sans produire d'amélioration sensible. M. Bégin, revenant alors à l'idée qu'un corps étranger existait dans la plaie, recourut à une nouvelle exploration, à l'aide d'un stylet. Après des recherches attentives, l'instrument explorateur toucha, derrière l'aponévrose, un corps élastique, inégal, dont la densité ne différait que peu, mais différait cependant de celle des tissus fibreux. Des pinces ayant été introduites, ce corps fut saisi et bientôt après retiré : c'était une portion de l'extrémité du balai, conoïde, pointue d'un côté, fracturée irrégulièrement de l'autre, longue d'environ huit lignes, et qui était déjà à moitié ramollie.

Le pansement fut celui des plaies simples qui suppurent, et la cicatrisation ne se fit point attendre.

Le malade sortit guéri de l'hôpital le 17 novembre 1835.

Si rien n'est moins rare que l'extraction des corps étrangers qui ont pénétré dans les voies supérieures de la digestion ; si même il est assez commun de rencontrer dans l'intérieur de l'articulation du genou des corps qui s'y sont développés, on n'en saurait dire autant du dernier exemple que nous avons rapporté, du moins quant à la durée du séjour de ce corps dans les parties. Dans les cas analogues, en effet, presque toujours la formation d'un abcès entraîne au dehors le corps étranger, en un temps assez court ; ici, au contraire, rien de semblable n'avait eu lieu, et le peu d'étendue de la plaie primitive, la rapidité de la disparition de la douleur, et surtout les assertions réitérées et positives du malade durent éloigner d'abord toute idée de ce genre. Si, lors de son entrée à l'hôpital, l'introduction du stylet mit un moment sur la voie le chirurgien en chef, l'assurance avec laquelle le blessé affirmait que rien n'était entré à travers la peau fit abandonner les recherches. Il fallut l'inefficacité complète des moyens employés pour combattre l'inflammation chronique dont on croyait les parties aponévrotiques atteintes pour faire revenir à l'idée première et procurer la guérison.

Cette observation offre un intérêt pratique incontestable, en ce qu'elle démontre que des corps étrangers aigus, offensifs pour les parties qui les recèlent, peuvent séjourner pendant des temps fort longs dans les tissus vivans sans occasioner d'accidens graves et sans déceler leur présence autrement que par des phénomènes obscurs de douleur et de suppuration. Elle démontre de plus qu'en pareils cas ni les circonstances commémoratives en apparence les mieux constatées ni les assertions les plus positives du blessé ne doivent arrêter le chirurgien dans les recherches que commandent la nature et la persistance de la lésion.

(*La suite au prochain volume.*)

OBSERVATIONS

RELATIVES

A L'EMPLOI DE L'EAU FROIDE

DANS

LES LÉSIONS CHIRURGICALES DES MEMBRES;

PAR M. BONNET-BONNEFOY,

D.-M., chirurgien-aide-major au 6e régiment de lanciers.

Afin que les applications réfrigérantes réussissent, il importe de les employer avec beaucoup de persévérance; si alors elles n'ont pas, dans tous les cas, pour effet de prévenir le développement des symptômes inflammatoires, elles atténuent ou font avorter la plupart des accidens et abrègent la marche des maladies.

J'ai eu la satisfaction de voir presque toutes mes tentatives couronnées de succès, et après des plaies dont le traitement, par les émolliens, aurait duré des mois, les blessés reprendre leur service.

Entre autres faits, je vais citer quatre observations qui méritent de fixer l'attention des praticiens.

PREMIÈRE OBSERVATION.

M. F***, vétérinaire en premier du 6e régiment de lanciers, dans le mois de juillet 1832, se blessa au doigt annulaire de la main droite en opérant un cheval farcineux. La pointe du bistouri ne fit qu'effleurer le derme; d'abord la douleur fut nulle; mais, quatre ou cinq jours après, le doigt, la main et tout le bras, jusqu'à l'aisselle, devinrent successivement et progressivement douloureux. Les symptômes inflammatoires n'étaient alors nullement en rapport avec les vives douleurs qui se faisaient sentir; presque pas de tuméfaction ni de rougeur au doigt, seulement une étroite auréole d'un rouge assez vif occupait la circonférence de l'articulation de la deuxième phalange avec la troisième. A cette époque, M. F*** fut obligé de voyager, avec le régiment, de Provins à Paris, et, pendant ce trajet, de faire un service assez actif. Chaque soir, des douleurs plus aiguës venaient empirer son état. Une éponge imbibée d'une solution d'extrait aqueux d'opium fut en vain maintenue sur le doigt; les cataplasmes arrosés de sous-acétate de plomb liquide restèrent aussi sans effet. Il était difficile de pouvoir employer d'autre médication, à raison des devoirs que ce vétéri-

naire avait alors à remplir, et le régiment devant rentrer à Provins immédiatement après la revue du roi. Enfin, de retour à la garnison, le malade fut obligé de s'aliter; ses douleurs étaient atroces; le doigt, la main et une partie de l'avant-bras commençaient à être fortement phlogosés.

Pendant la marche progressive de cette inflammation, il est une chose digne d'être remarquée : c'est, d'abord, comme je l'ai dit, qu'un cercle inflammatoire se développa au niveau de l'articulation de la deuxième phalange avec la troisième, et resta stationnaire quelques jours; mais une fois cet espace franchi, la tuméfaction et la rougeur envahirent promptement toute l'étendue de la deuxième phalange; là, encore, nouvelle station de l'inflammation, et dès que l'articulation eut été dépassée, toute l'étendue de la première phalange ne tarda pas à être entièrement phlogosée; il en fut de même à chaque articulation que l'inflammation franchit successivement, comme si une texture plus dense, un tissu cellulaire plus serré, beaucoup d'aponévroses et de tendons fussent la cause de la marche beaucoup plus lente de l'inflammation dans ces parties, tandis que l'espace compris entre chaque articulation était envahi en peu d'heures.

Les bains d'eau de mauve et les cataplasmes

de farine de graine de lin étaient employés plusieurs fois par jour, et, sous l'influence de ces moyens, la maladie faisait à chaque instant des progrès. Je vis le malade à une époque où il commençait à être inquiet sur sa position; déjà tout l'avant-bras et la moitié inférieure du bras étaient fortement gonflés et phlogosés, les douleurs étaient déchirantes; insomnie complète depuis plusieurs jours.

Voyant l'insuccès des émolliens et le malade ayant lui-même observé qu'il n'éprouvait un peu de soulagement qu'en se lavant le bras avec de l'eau fraîche, je lui conseillai de continuer ces momens de bien-être en plongeant le bras dans l'eau froide, et de l'y laisser jusqu'à l'obtention d'un mieux bien marqué. Mes conseils furent exactement suivis. Le bain, dont l'eau était renouvelée fréquemment, fut continué pendant quatre fois vingt-quatre heures. Dès la première nuit, le malade put reposer; la journée et la nuit du lendemain furent marquées par un mieux bien tranché; enfin, le cinquième jour de cette médication, l'inflammation avait entièrement disparu; il ne restait plus qu'un peu d'engorgement, qui ne tarda pas à se dissiper; et le malade se considéra, dès ce moment, comme entièrement guéri.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Encouragé par ce succès, je désirais qu'un nouveau cas me permît de constater l'efficacité de la médication réfrigérante. Il ne tarda pas à se présenter. Dans le mois d'août de la même année, un jeune lancier du régiment, faisant l'école des tirailleurs, chargeant son pistolet, heurta fortement la crosse de cette arme contre le pommeau de la selle; le coup partit pendant qu'il bourrait, et la baguette traversa le doigt indicateur de la main droite, en avant de la partie moyenne de la première phalange, du bord cubital au bord radial. Les deux ouvertures, d'entrée et de sortie, étaient déchirées, surtout la dernière, la peau brûlée et noircie par la poudre; du reste, pas de fracture à la phalange. Une vive douleur fut le résultat inévitable de la dilacération produite par le passage de la baguette, qui alla tomber à soixante pas plus loin.

Me trouvant sur le lieu de l'accident, je conduisis le blessé auprès d'une fontaine qui était non loin de là; je lui fis plonger la main dans l'eau et l'y laissai une heure; j'entourai ensuite la partie de compresses mouillées, et conduisis le malade à l'hôpital; là, je fis placer la main et une partie de l'avant-bras dans une baignoire *ad hoc* remplie d'eau froide. Je recommandai que l'eau

fût changée au moins toutes les heures pendant une partie de la journée; elle le fut avec exactitude, et le malade souffrit peu; mais le soir, la même eau ayant été laissée plusieurs heures de suite, de vives douleurs se firent sentir; on crut bien faire en changeant ma prescription, et la main fut entourée d'un cataplasme émollient. Pendant la nuit, beaucoup d'agitation, douleurs très vives; le lendemain matin, la main entière était fortement gonflée, chaude et très douloureuse. M. Hublier, chirurgien de l'hôpital, fit recommencer le bain froid, et y ajouta la recommandation expresse de changer l'eau toutes les heures. Le malade ne tarda pas à être soulagé; le bain fut continué pendant cinq fois vingt-quatre heures; et, lorsqu'on le supprima, tous les symptômes inflammatoires avaient entièrement disparu; la plaie d'entrée était à peu près cicatrisée, et celle de sortie ne tarda pas non plus à se fermer; enfin ce militaire put sortir de l'hôpital le douzième jour de son accident.

TROISIÈME OBSERVATION.

Le lancier B*** reçut en duel un coup de sabre à la partie inférieure du bord cubital de l'avant-bras droit, dans l'étendue d'environ quatre pouces, et pénétrant jusqu'à l'os. La surface de la plaie était déchirée, ayant été faite par un sabre

mal affilé et ébréché. Appelé immédiatement après l'accident, je réunis la plaie par première intention, non en laissant un intervalle entre chaque bandelette agglutinative, mais les imbriquant de la moitié de leur largeur; une compresse et une bande imbibées d'eau fraîche furent appliquées, la bande médiocrement serrée, pour que l'action réfrigérante fût plus continue. Je plaçai sur l'appareil une éponge imbibée, et recommandai de la mouiller assez fréquemment. Ce moyen fut continué pendant quatre jours de suite, et, à la levée de l'appareil, qui fut renouvelé le cinquième jour de l'accident, la plaie était entièrement cicatrisée; la douleur avait été presque nulle, quoique le sujet fût d'une constitution irritable; on n'observa pas le plus léger gonflement, et le blessé put reprendre son service huit jours après l'accident.

QUATRIÈME OBSERVATION.

Le 25 juillet au matin (1834), le lancier S*** eut le doigt indicateur de la main droite traversé par la baguette de son pistolet, dont le coup partit pendant qu'il bourrait cette arme. La baguette traversa le doigt à la partie moyenne de la première phalange, de la face palmaire à la face dorsale, en froissant le côté radial de l'os. La plaie d'entrée était longitudinale, tandis que celle de sortie était déchirée, offrant un lambeau

d'un demi-pouce de long. Après avoir conduit le blessé à sa chambre, je plaçai sa main dans un vase rempli d'eau fraîche, et je fis la même recommandation que pour les malades précédens. Cette seule médication fut employée jusqu'au 30 et remplacée alors par des compresses mouillées. Le 6 août, la plaie d'entrée était entièrement cicatrisée, et celle de sortie beaucoup rétrécie : il restait encore un peu d'engorgement dépendant de la contusion du périoste. La plaie fut recouverte d'un léger gâteau de charpie, et tout le doigt entouré et légèrement serré par une bandelette agglutinative. Peu de jours ont suffi pour obtenir une guérison complète.

Ces quatre observations témoignent de nouveau en faveur de l'eau froide : ici, son action ne peut être révoquée en doute. Dès le moment de son emploi, dans les cas que je cite, la douleur a été affaiblie d'abord, ce qui est toujours beaucoup, et à compter du deuxième jour, les malades ne souffraient plus ou presque pas : tout gonflement était prévenu ou réduit en peu de temps ; pas de suppuration : enfin ces malades ont été plus promptement guéris que si l'on avait suivi toute autre méthode, et je ne crois pas trop souhaiter en désirant que les praticiens fassent un plus fréquent usage d'un moyen aussi simple et aussi facile à se procurer dans toutes les circonstances.

OBSERVATIONS

RECUEILLIES

DANS LE SERVICE DE M. LE D. PEYSSON,

MÉDECIN EN CHEF DE L'HOPITAL MILITAIRE DE LYON,

PAR M. AVISARD,

D.-M., chirurgien-aide-major au 42e régiment de ligne.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Fièvre intermittente quotidienne, chronique, guérie par l'emploi de la pommade stibiée en friction.

B*** (Louis-Marie), soldat au 2e bataillon d'Afrique (infanterie légère), ressentit les premières atteintes d'une fièvre quotidienne intermittente, au mois de mai 1834; malgré l'emploi du sulfate de quinine et sous l'influence de la température, il la garda jusqu'au 9 juillet, qu'elle parut le quitter.

Dix jours après, on fut obligé de l'envoyer à l'ambulance pour rechute, et dans l'espace d'un

mois qu'il y resta, il prit soixante grains de sulfate de quinine.

Depuis son départ jusqu'au 19 novembre, les accès, sans être aussi forts, se reproduisirent régulièrement, et on le dirigea sur l'hôpital de Bougie, où il resta cinquante-six jours au traitement du sulfate de quinine à haute dose. Évacué le 5 janvier 1835 sur l'hôpital de la Salpétrière, à Alger, on ne trouva rien de mieux à faire, après l'avoir gardé jusqu'au 24 mars suivant, que de l'envoyer passer six mois de convalescence en France, et il est arrivé à Lyon le 22 avril 1835, après avoir fait des séjours plus ou moins longs dans les hôpitaux placés sur sa route.

Dès son entrée à l'hôpital militaire de Lyon, et d'après le peu d'efficacité du sulfate de quinine, le malade fut mis à l'usage, par absorption, de la pommade stibiée ainsi formulée :

Tartre stibié. . .	demi-gros.
Axonge.	1 once.

Quatre frictions, de chacune trois grammes, furent faites par jour à la partie interne et supérieure des cuisses et alternativement sur les jambes.

Le troisième jour de ce traitement, la fièvre ne reparut plus, et le huitième, le malade est re-

parti pour Paris, parfaitement guéri et sans rechute.

La pommade stibiée, comme il est facile d'en juger, d'après les doses employées et sa composition, n'agit point en cette circonstance comme celle d'Autenrieth, mais bien par absorption; car, de crainte que la peau ne devienne le siége d'une inflammation qu'on ne désire point produire, on promène, si je puis m'exprimer ainsi, les frictions sur les membres abdominaux, en ayant soin de les arrêter aussitôt qu'elles occasionnent le moindre prurit.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Fièvre quarte rebelle, guérie par l'emploi de la pommade stibiée en friction.

F*** (Benoist-Joseph), caporal à la 20e compagnie d'artillerie de marine, entra à l'hôpital militaire de Rochefort, le 5 octobre 1834, pour une fièvre quarte; il y fut soumis au traitement empirique du sulfate de quinine, et sortit un mois après sans être guéri, mais avec un congé de convalescence de six mois.

Depuis son départ de Rochefort jusqu'au 15 avril 1835, jour de son entrée à l'hôpital militaire de Lyon, il eut régulièrement, tous les

trois jours et à la même heure, son accès périodique.

Aussitôt arrivé dans notre établissement, il fut soumis à l'usage de la pommade stibiée du docteur Peysson dont j'ai donné la formule dans la précédente observation. Chaque friction étant de trois grammes, et les frictions au nombre de quatre par jour, le résultat obtenu a été des plus satisfaisans; car, au neuvième jour de son entrée, le malade n'a plus vu reparaître ses accès de fièvre, et, depuis, elle a cessé entièrement, bien qu'on ait arrêté les frictions, à partir du 27 avril.

OBSERVATIONS

RELATIVES

AUX GENRES *SCILLA* ET *URGINEA*;

GENRES NOUVEAUX A ÉTABLIR DANS LA FAMILLE DES LILIACÉES SOUS LES NOMS DE *SQUILLA* ET DE *STELLARIS*.

DESCRIPTION

D'UNE ESPÈCE NOUVELLE APPARTENANT A CETTE FAMILLE;

PAR M. AD. STEINHEIL,

Chirurgien-sous-aide à l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg.

Dans un mémoire que j'ai publié sur le genre *urginea* (1), j'ai démontré la nécessité de séparer la scille maritime du genre auquel elle paraissait désormais devoir appartenir irrévocablement, après avoir été placée successivement dans les genres *ornithogalum*, *stellaris* et *scilla*. Je la compris au nombre des espèces du genre que je ve-

(1) *Ann. des sc. nat.* Paris, juin 1834.

nais d'établir, avec lequel elle avait des affinités évidentes. Ce rapprochement me paraissait indispensable, d'après ce que je possédais alors de connaissances sur cette plante. Cependant ce ne fut pas sans peine que je me décidai à cette mutation; il fallait changer en un nom nouveau un nom déjà consacré par le temps, et qui paraissait, par conséquent, devoir être respecté. Je reconnaissais aussi, dans cette espèce, l'existence de quelques caractères importans, de ces caractères de végétation et de *facies* échappant souvent aux définitions rigoureuses, mais annonçant presque toujours une différence réelle dans le type; ces caractères isolaient la scille au milieu du genre où je l'avais placée. Ainsi j'entrevoyais confusément la nécessité d'en former un genre particulier, et j'étais peut-être encore engagé à le faire par cette tendance remarquable qui nous pousse à donner plus d'importance aux caractères des espèces qui sont devenues d'un usage général ou qui ont produit un grand nombre de variétés. C'est à cette influence, sans doute, que l'on doit l'existence des genres *prunus*, *cerasus*, *malus*, *pirus*, *etc.*, comme si, dans l'impossibilité où nous serons probablement toujours de limiter beaucoup de genres, l'importance usuelle de ces plantes augmentait celle de leurs notes distinctives.

La découverte d'une espèce nouvelle, ou peut-

être seulement sa réhabilitation après un long oubli, m'ayant mis à même d'étudier la scille avec plus d'attention et dans des circonstances plus favorables, je reconnus en elle l'existence d'un caractère plus important à ajouter aux autres, et je me crus alors suffisamment autorisé à en former un genre nouveau auquel je puis heureusement attribuer un nom qui aura l'avantage d'être celui des anciens, et de bien rappeler le nom vulgaire (1). Comme mon genre *urginea* n'a encore été inscrit dans aucun ouvrage général (2), je pense que l'on ne pourra me repro-

---

(1) Le nom de *squilla* était plus ancien à Rome que celui de *scilla*, c'est celui dont se sert Varron.

A propos de cette question de noms, je suis bien aise de faire remarquer que l'on aurait tort de proscrire le nom d'*urginea*, en vertu du précepte qui défend d'employer des noms de pays pour la formation des noms génériques. Il est évident que le nom d'une tribu arabe a plus d'analogie avec un nom d'homme qu'avec un nom de pays, et je ne pense pas avoir mal fait d'introduire dans la science le souvenir d'une conquête qui a déjà coûté à la France bien des sacrifices, en échange desquels elle promet de brillans avantages, dont la botanique recueillera certainement sa part.

(2) Pendant que je rédigeais ce travail, a paru le dixième fascicule du *Genera Floræ germanicæ*, par M. Nees d'Esenbeck, dans lequel mon genre a été adopté. Je ne sais

cher ce changement; et d'ailleurs, s'il n'est pas permis à un auteur de changer un nom une fois imposé par lui, ce n'est certainement pas dans le cas où il reconnaît, par des observations ultérieures, que son genre doit être divisé.

Pour celui que j'entreprends d'établir ici, je propose le nom de *squilla*, qui a déjà été donné à la scille. Il dérive du grec σκίλλα ou mieux de σκυλλω (je nuis), et diffère cependant assez de ce dernier pour pouvoir être conservé en même temps que lui; on ne sera donc pas obligé de changer le nom des espèces nombreuses qui font encore aujourd'hui partie du genre primitif.

On s'aperçoit de suite que la scille maritime diffère des *urginea* par les grandes dimensions de son oignon, et l'on est tenté d'accorder quelque valeur à ce fait lorsqu'on réfléchit que la forme de cet organe, suivant qu'il est tuniqué, ou écailleux, ou solide, ou changé en rhizome, caractérise des groupes qui, dans les liliacées, coïncident d'une manière assez nette avec les coupes génériques. La largeur de ses feuilles planes et étalées

---

pourquoi l'auteur ne mentionne pas l'*urginea undulata* parmi les espèces européennes du genre : cette plante en fait certainement partie, et se trouve en Corse et en Sardaigne.

donne également à cette plante un aspect particulier; toutefois les feuilles planes, mais rétrécies et ondulées, de l'*urginea undulata* sont intermédiaires entre les deux types (1).

A ces caractères insuffisans par eux-mêmes, se joint la forme du fruit, qui présente des différences importantes, puisqu'il est gros, arrondi, ayant les bords des valves séparés par des angles rentrans, fort prononcés dans la scille maritime, tandis qu'il présente une forme tout à fait différente dans les *urginea*, chez lesquels j'ai pu l'observer (2).

Il est bon de remarquer que cette différence, dans le fruit, se lie à une différence dans la forme de l'ovaire; il est proportionnellement plus petit dans les *urginea*, et n'y présente aucune trace d'organes nectarifères. Dans la scille maritime, il est assez gros pour empêcher les parties du calice et de la corolle de se tordre complètement lorsqu'elles se rapprochent après l'anthèse,

---

(1) On peut remarquer que cette plante diffère plus des autres espèces d'*urginea* que celles-ci ne diffèrent entre elles : c'est un des mille faits qui démontrent l'impossibilité d'arriver à la formation de genres absolument monotypes.

(2) Voyez la figure que j'ai publiée dans les *Ann. des sc. nat.* Juin 1834.

ce qui nous fournit une différence de plus; enfin cet ovaire nous présente à son sommet un épaississement glanduleux.

Si, pendant mon séjour en Afrique, j'avais pu une seule fois observer des gouttes de nectar sur cet ovaire, je n'aurais pas hésité à y reconnaître la preuve d'une différence générique, parce que, d'après des idées théoriques que je ne puis encore publier, j'attache une grande importance à ce fait qui avait déterminé Linné à réunir aux *hyacinthus* les *muscari* qui ne leur ressemblent guère; mais je ne pus réussir à observer ce phénomène, et je m'explique facilement cette circonstance en pensant qu'il me fut toujours impossible d'herboriser avant onze heures ou midi, et qu'alors la forte chaleur du jour avait probablement déjà fait disparaître le liquide sécrété.

Je fus plus heureux en France, et ayant cultivé, à Versailles, dans l'intérieur d'une chambre, un individu de l'espèce de scille dont il sera question plus loin, j'aperçus distinctement, et chaque fois qu'une fleur nouvelle s'épanouissait, des gouttelettes liquides pendues à la surface glanduleuse; mais il paraît que ce liquide, qui est en très petite quantité, se dessèche très rapidement, car mon ami, J. Decaisnes, que j'avais prié de le chercher sur une bulbe semblable cultivée en plein air au Jardin des Plantes de Paris, ne put

réussir à l'observer. Toutefois, je l'ai vu assez nettement et assez souvent pour être assuré de son existence, et dès lors ce caractère, réuni à ceux que j'ai indiqués ci-dessus, me paraît devoir décider la formation d'un genre nouveau qui se placera à la suite des *urginea*, en mettant l'*urginea undulata* à la fin, comme formant une espèce de passage par la nature de ses feuilles, et caractérisé de la manière suivante :

Squilla. *Calix coloratus patens, sepalis tribus; corolla similis, petala sepalis vix sublatiora; stamina sex petalis breviora, filamentis glabris, basi subdilatatis, acuminatis, integerrimis; antheris muticis, oblongis; ovarium tripartitum apice glanduloso melliferum; stylus glaber simplex, corolla brevior; stigma subtrilobum papillosum; pericarpium rotundatum, inciso trigonum, triloculare; semina plura, biserialia, complanata, testa membranacea, vasiductu laterali. Perianthii partes linea dorsali crassiore sæpe colorata notatæ, bracteæ refractæ : folia latiora, serotina, bulbus maximus; flores post anthesim subtortiles a basi decidui.*

Le caractère du genre *urginea* devra, en conséquence, être modifié et présenté comme il suit :

Urginea. Steinh. (*Ann. Sc. nat., juin* 1834.) *Calyx coloratus patens, sepalis tribus; corolla fere similis; petala sepalis paulo latiora; sta-*

mina sex, petalis breviora, filamentis glabris, basi subdilatatis, acuminatis, integerrimis, antheris muticis oblongis; ovarium tripartitum glabrum; stylus glaber simplex, corolla brevior; stigma subtrilobum papillosum; pericarpium triloculare, sublongum integro trigonum obtusum, semina plura, biserialia, complanata; testa membranacea, vasiductu laterali; perianthii partes linea dorsali crassiore sæpius colorata notatæ, bracteæ refractæ : folia angusta serotina; bulbus minor; flores post anthesim tortiles a basi decidui.

Le genre *squilla*, tel que je le conçois actuellement, renferme deux espèces, dont l'une est la scille maritime, qui garde son nom spécifique et devient le *squilla maritima*; l'autre, qui paraît avoir été jusqu'à ce jour confondue avec elle, et que je propose d'appeler *squilla pancration*, est celle dont je vais faire l'histoire.

A la fin de 1834, M. Martins reçut de Malte une certaine quantité d'oignons : il en donna une partie à plusieurs personnes, qui ne purent les déterminer, à cause, sans doute, de la petite dimension des bulbes, qui empêchait de les rapporter avec certitude à la variété blanche du *scilla maritima*. Je reçus deux de ces oignons; je les plantai dans des pots, et j'eus soin de semer quelquefois un peu de sel sur la terre de ces pots; tous

deux ne tardèrent pas à produire des feuilles assez semblables à celles de la scille lorsqu'elles commencent à se développer. L'un d'eux périt au bout de quelque temps; l'autre continua à se développer et produisit une tige chargée de fleurs que j'eus la satisfaction de voir s'épanouir en septembre 1835. Malheureusement, les fleurs tombèrent sans produire de fruits; il en arriva de même à un autre individu de la même origine, mais beaucoup plus vigoureux, qui fleurit en même temps au Jardin des Plantes de Paris.

Voici les caractères que j'observai dans cette plante, et qui me la firent regarder comme une espèce distincte :

La bulbe est à peu près de moitié plus petite que celle de la scille maritime; cependant elle grossit un peu pendant que les feuilles se développent; sa couleur est d'un vert pâle ou plutôt d'un blanc verdâtre; mais il y en a probablement une variété rouge, comme on le verra par la suite. Les feuilles sont beaucoup plus courtes que celles de la scille, plus aiguës, plus dressées; du reste, comme celles de cette plante, elles sont larges et disparaissent à l'époque de la floraison; peut-être leurs différences caractéristiques proviennent-elles en partie des circonstances dans lesquelles la plante s'est développée; cependant j'ai vu la scille maritime, cultivée en France dans des pots, avoir,

comme celle de la campagne de Bone, des feuilles longues et enfin étalées sur le sol; la hampe est un peu glauque, d'un vert foncé à la base, blanchâtre dans la partie supérieure; elle est chargée de fleurs peut-être plus nombreuses que dans l'espèce commune, et qui, dans le commencement, sont fort rapprochées entre elles et accompagnées de bractées réfractées qui les dépassent à peine, car celles-ci sont proportionnellement plus courtes que celles du *scilla maritima*. Le bouton, d'abord sessile, est porté ensuite sur un pédoncule cylindrique, glabre, verdâtre, coloré de rose à la base, dressé, et finissant par être tout à fait étalé; il est toujours proportionnellement un peu plus court que dans l'autre espèce. Le bouton porté par ce pédoncule est sensiblement plus obtus. Les fleurs sont un peu plus petites; mais cette différence, très faible, tient peut-être au climat; cependant elle paraît coïncider avec une augmentation dans le nombre; les pétales et les sépales sont étalés, blancs, ovales, obtus, mucronulés, marqués d'une ligne rose pâle sur le milieu du dos. Étamines égales aux divisions du périgone avant l'explosion des anthères; filets blancs, glabres, aigus, insensiblement élargis du sommet à la base, comprimés d'avant en arrière; anthères mutiques, versatiles, d'un bleu verdâtre, diminuant de vo-

lume par la déhiscence de leurs loges, et devenant alors jaunes à cause du pollen qui les couvre; ovaire oblong, obtus, vert, portant au sommet trois points glanduleux nectarifères; style à peu près égal à l'ovaire, cylindrique, glabre, d'un blanc rosé; stigmate à trois lobes papilleux très petits, ovales, semblables à ceux du *scilla maritima*. Le fruit n'est pas connu; après l'estivation, les parties se rapprochent et montrent une légère tendance à se tordre en spirale.

J'ai vu dans l'herbier de M. Buchinger, à Bouxwillers, un échantillon d'une scille dont la bulbe paraît avoir été aussi fort petite, mais d'un rouge assez foncé; les feuilles ressemblent à celles de ma plante; les parties de la fleur ont le dos rose et les pédoncules sont sensiblement plus courts que dans le *scilla maritima*. Cet échantillon vient de Cadix.

Les principaux caractères qui distinguent mon espèce sont donc une bulbe plus petite rose ou blanche; des feuilles plus courtes; des bractées et des pédoncules un peu plus courts; des boutons plus obtus; la présence d'une ligne colorée sur le dos des pièces du périgone; des anthères bleues ou verdâtres, et un ovaire plus petit et vert, tandis que les anthères et l'ovaire sont jaunes dans l'espèce commune.

J'avoue que ces caractères ne sont pas extrême-

ment tranchés, et que j'ai vu trop peu d'échantillons pour être bien assuré de leur valeur; peut-être le fruit en fournira-t-il quelques uns de plus.

J'ai cru devoir publier ces observations, quoiqu'elles soient incomplètes, afin d'engager les botanistes qui sont sur les lieux à faire quelques recherches à cet égard. J'ai accordé à la coloration des sépales un peu plus de valeur que ce caractère n'en mérite peut-être; j'y ai été porté par cette remarque que, dans la variété incolore de l'*urginea fugax*, la hampe est décolorée aussi bien que la fleur; or, ici, si c'était une simple variété, il semble que la coloration de la bulbe devrait coïncider avec celle de la fleur, ce qui n'a pas lieu : quoi qu'il en soit, voici comment j'établirai provisoirement la phrase spécifique de mes deux espèces.

1. Squilla maritima. *Foliis maximis; bracteis longioribus; floribus albis alabastro subacuto; antheris luteis, ovario crassiore flavicante. — Bulbo maximo.*

2. Squilla pancration. *Foliis minoribus, subacutis; floribus albis, linea dorsali rosea, alabastro obtuso, antheris cæruleo virescentibus, ovario viridi. — Bulbo minore.*

Varietas : A. bulbo rufo. B. bulbo pallido.

J'ai dit, en commençant ce mémoire, que mon

espèce était plutôt réhabilitée, ou mieux, en quelque sorte, exhumée, que nouvelle; en effet, on trouve, dans plusieurs auteurs, des preuves qu'ils l'ont connue et confondue avec la scille, d'où résultent quelques divergences dans les descriptions que l'on a de cette plante, divergences qui, sans doute, auraient fait supposer l'existence de deux espèces, si plusieurs d'entre elles n'étaient évidemment des erreurs, comme, par exemple, l'indication de graines anguleuses que l'on trouve dans toutes les descriptions postérieures à Linné, et même dans certaines figures probablement copiées en l'air, ou dont les analyses auront été faites sur des descriptions (1), tandis que les graines sont fort bien décrites dans les ouvrages de Stapel et de Clusius. Cette erreur me paraît devoir être attribuée à la manière de Linné, qui décrivait longuement les genres (*character naturalis*) et fort brièvement les espèces, et à l'oubli trop complet dans lequel tombèrent ses devanciers; de sorte que, lorsque l'on eut besoin de donner, sur une plante, des détails plus complets, on dut recourir au caractère générique pour tout ce qui manquait; or, Linné avait attribué au genre *scilla* des graines anguleuses. Dans un ancien

(1) *Flore médicale* (1818), t. VI, pl. 318.

ouvrage(1), on lit que la fleur a six pétales *rouges*, mais aussi qu'ils sont quelquefois *blancs*; on croit trouver ici une mauvaise interprétation des noms anciens *scilla rufa* et *scilla alba;* ces indications me paraissent donc bien être des erreurs; mais il n'en est plus de même de quelques autres, qui, cependant, n'appartiennent nullement à la plante que j'ai constamment observée en Afrique; ainsi, plusieurs auteurs disent que les fleurs sont tantôt blanches, tantôt roses sur le dos des pétales. Mérat dit qu'elle a les anthères *bleues* (2), je ne connais pas les ouvrages dont il s'est principalement servi pour son travail.

Si nous remontons jusque dans l'antiquité, nous trouvons que du temps de Dioscoride on connaissait, sous le nom de *pancration*, une plante très voisine de la scille. Le pancration de cet auteur a des racines roussâtres ou tirant sur le pourpre; une saveur fervente et amère, des feuilles semblables à celles du lis, mais plus longues; on l'emploie aux mêmes usages que la scille; cependant ses propriétés sont moins énergiques. On en fait des trochisques qui se donnent sur-

---

(1) *Explication abrégée de sept cent dix-neuf plantes, etc., suivant la matière médicale de Geoffroy.* Paris, 1765, p. 313.

(2) *Dict. des sciences médic.* Paris, 1826.

tout aux hydropiques, etc. Voilà certainement des renseignemens qui affirment que le *pancration* avait une très grande ressemblance avec notre scille, et il est pourtant bien impossible de supposer que celle-ci ne soit pas le σκιλλη des Grecs; au besoin, ce nom, passé dans la langue arabe pour désigner la même plante, *asquil* ou *iskil*, dans Avicenne, en serait une preuve suffisante. D'un autre côté, il serait difficile de supposer que Dioscoride, qui avait voyagé et vu beaucoup par lui-même (1), ait décrit une même chose sous deux noms différens; aussi tous les premiers commentateurs regardèrent le pancration comme différent de la scille. Ruellius en fait mention (2), Matthiole (3) pense que la plante d'Italie est le *pancration*, tandis que celle d'Espagne est le *squilla*; mais son opinion est fondée sur une base peu solide, puisqu'elle s'appuyait sur cette opinion attribuée à Théophraste, que la scille fleurit trois fois dans une année, tandis que celle d'Italie, qu'il connaissait, ne fleurit qu'une seule fois; or, ce n'est pas tout à fait cela que dit Théophraste, et l'on sait combien peu ses asser-

---

(1) Voyez Kurt. Spreng., *Gesch. der Botanik. Alt. und Leipsig*, 1817, tome Ier, page 135.

(2) *De naturâ stirpium.* 1537.

(3) *Comm. Venet.* 1560.

tions méritent de confiance, quand bien même elles ont été répétées par Pline (1).

Théophraste, d'ailleurs, ne parle pas du pancration, dont il aurait peut-être dit la même chose. Le traducteur français de Dioscoride, Martin Mathée (1580), n'en sait pas plus que Matthiole à cet égard; il pense que la petite scille ou pancration n'est plus connue, mais qu'on pourrait la retrouver dans la Pouille, où la scille croît en abondance. G. Bauhin, dans son *Phytopinax*, distingue trois espèces de scilles, la rouge, la blanche et la scille d'Épiménide, qui probable-

---

(1) J'ai cherché à savoir d'où pouvait être venue cette idée à laquelle font allusion ces vers du poète Rapin (*Hortorum*, *lib. I*) :

> Scillaque, diversum triplici quæ flore per annum
> Lentisco similis, tria tempora monstrat arandi.

J'ai observé la scille en Barbarie pendant deux années et une fois en France : elle ne fleurit que depuis la fin d'août jusqu'au commencement d'octobre; il est vrai que ses fleurs durent longtemps et que, peu d'entre elles s'ouvrent en même temps, de sorte que, quand le milieu de la hampe est couvert de fleurs épanouies, la base est déjà fanée, tandis que le sommet présente encore des boutons très petits : les feuilles paraissent en janvier. Il est assez probable que ce fait de montrer en même temps comme trois phases d'estivation aura trouvé chez les anciens une explication superstitieuse, puisque, suivant Sprengel, la

ment était une plante différente. Il cite le *pancratium* comme synonyme de la rouge et de la blanche. Lobel a cru que le pancration était le *pancratium maritimum*; mais cette opinion a généralement été regardée comme insoutenable.

Ainsi, le peu de fondement de l'opinion de Matthiole, l'aveu des commentateurs, relativement à leur ignorance sur le véritable pancration, la confusion qui s'introduisit peu à peu, à cet égard, dans la science, enfin la grande analogie des propriétés des deux plantes firent que l'on oublia complètement le pancration, ou qu'on le regarda comme identique avec la scille elle-même. Stapel croit que ce n'est que la variété rouge,

---

scille était adorée chez les Égyptiens sous le nom de *krommion*. A Peluse, on lui avait consacré un temple, où on l'administrait contre l'hydropisie : aussi lui attribuait-on encore bien d'autres vertus, comme de conserver les fruits quand on y implantait leur pédoncule ; de hâter la végétation des figuiers et surtout de préserver des maléfices les maisons à la porte desquelles on en suspendait. Je pense qu'on doit se ranger à l'avis de Stapel, qui veut que les trois fleuraisons signifient longtemps et en trois fois, montrant qu'il existe trois époques de semailles, et non pas aux trois époques : ce commentateur démontre que c'est à une explication vicieuse de Pline que l'on doit le préjugé qui a embarrassé Matthiole.

plus grande et à feuilles dressées ; Sprengel (1), d'après Anguillara, pense que ce n'est que la scille rouge, dont la bulbe est d'autant meil-

---

(1) Comment. sur Dioscoride, intitulé : *Sedan. Diosc. an.*, tome II, p. 48, Leipsig, 1830. Il y a ici une légère erreur. Dioscoride ne dit pas que la scille soit bonne à manger ; elle a de tout temps été regardée comme un médicament très actif ou même comme un poison. Clusius raconte, d'après Rondelet, une histoire de deux pêcheurs italiens, dont l'un, voulant nuire à l'autre, frotta son couteau avec de la scille, et celui-ci, s'étant servi de ce couteau pour manger, mourut peu après. Ceci paraît exagéré ; mais voici d'autres faits mieux constatés. Avicenne dit qu'elle fait mourir les rats ; suivant Desfontaines, elle est encore employée au même usage en Barbarie ; les expériences de M. Orfila montrent qu'elle est un véritable poison : on trouve à cet égard des faits concluans dans le *Dictionnaire des sciences médicales* et dans la *Phytographie médicale* de M. Roques. (Paris, 1821, t. I, p. 100), qui renferme une assez bonne figure de la plante. Morison, à la vérité, la place parmi les plantes dont la bulbe et les feuilles sont alimentaires (*Hort. Bles. auct.*, 1669) ; mais sans doute il pense alors à la scille d'Épiménide, ou son erreur provient de ce que disent les anciens qu'on la faisait cuire dans de la pâte pour en prendre, non pas comme aliment, mais comme médicament et seulement à la manière des alimens. Pline dit, et c'est le seul passage qui pourrait en quelque sorte induire en erreur : » *Coquitur* » *et in melle cibi gratia, maxime uti coctionem facias. Sic et* » *interiora purgat;* » liv. XX, chap. 9, et encore faudrait-

leure à manger qu'elle est plus blanche; M. Fée (1) adopta récemment la même opinion. Or, Stapel et ceux qui l'ont suivi se fondent sur le texte de Dioscoride; il y est dit, en effet, que le *pancratium* est rouge et a la forme d'une grande bulbe; mais il aurait peut-être dit cela de la scille elle-même s'il en avait donné la description, et cela ne prouve pas qu'il soit plus grand que celle-ci. Pline dit positivement qu'il y avait une scille blanche et une noire (rouge sans doute), et il parle du *pancratium* à un autre endroit (liv. 23, chapitre 12) : *Pancratium aliqui scillam pusillam appellare malunt, foliis albi lilii, longioribus crassioribusque, radice bulbi magni, colore rufo.* On ne sait où Pline a pris le mot qu'il traduit par *pusilla*; Stapel se demande si quelque exemplaire de Dioscoride n'a pas renfermé l'épithète de *μακρα* que Pline aurait lue *μικρα*; cette supposition nous paraît un peu forcée, comme à Stapel

---

il bien mal le comprendre. Or, la scille renferme des principes actifs et volatils, et cependant, après avoir cuit longtemps, elle serait encore purgative; il ne serait pas sans intérêt d'essayer l'action de ce médicament oublié depuis longtemps, dont on obtiendrait peut-être un mode particulier de purgation favorable dans quelques cas.

(1) *Comment. sur la mat. méd. et la bot. de Pline.* Paris, 1833, t. III, p. 465.

lui-méme; d'un autre côté, le mot *pusilla* paraît indiquer une forme trop petite pour pouvoir être appliquée à une espèce de scille; la description de Pline convient très bien au *pancratium maritimum*, qui se trouve sur les côtes du bassin de la Méditerranée, depuis la France jusqu'en Barbarie (Poiret) (1). Je pense donc que Pline avait pris cette plante pour le pancration de Dioscoride, et son erreur me paraît indiquer que, de son temps, cette plante était connue comme étant plus petite que la scille; c'est pourquoi il pourrait bien se faire que mon espèce ne fût que celle du botaniste grec, et c'est pour cette raison que j'ai cru devoir conserver comme nom spécifique celui de *pancratium*. J'attache, d'ailleurs, fort peu d'importance à cette opinion : des recherches sur une question de cette nature seront probablement encore longtemps infructueuses; elles ne fourniront même aucun résultat de quelque

---

(1) Ou peut-être bien serait-ce le *scilla peruviana*, qui, comme on sait, n'a reçu ce nom que par erreur et est originaire de Barbarie et de Portugal; il est vrai que ses feuilles sont ciliées sur les bords, mais il y en a une variété où ce caractère manque, surtout dans les individus cultivés que Pline avait pu voir, et auxquels on comprend bien qu'il ait appliqué le nom de *scilla pusilla*, par comparaison avec la grande espèce.

valeur scientifique, à moins que l'on arrive un jour à donner une histoire un peu complète des migrations des végétaux.

Si le *squilla pancratium* est réellement une espèce distincte, il ne serait pas impossible que ses propriétés fussent un peu différentes de celles de la scille; cependant la grande analogie botanique des deux espèces nous fait croire que leurs propriétés médicales doivent être à peu près semblables et ne diffèrent tout au plus que par l'intensité, comme l'ont pensé les anciens : les propriétés de la scille elle-même varient suivant l'époque à laquelle on la récolte; ainsi, en août, elle commence à produire un turion aux dépens surtout de sa propre substance; puis paraissent une nouvelle couronne de racines et un bouquet de feuilles pendant que le fruit achève de mûrir; les feuilles se dessèchent ensuite après avoir nourri la bulbe, qui alors est déjà prête à produire une nouvelle hampe chargée de fleurs. Mais, soit que la chaleur de l'été suspende la végétation, soit que les sucs aient besoin de subir encore une modification lente, la bulbe reste complètement immobile jusque vers le milieu d'août; c'est donc pendant cette période de station que l'on devra de préférence récolter la scille pour les usages pharmaceutiques (1).

(1) On connaît les difficultés qu'offrent la dessiccation

Je ne puis terminer ce mémoire sans profiter de l'occasion qu'il me présente de publier quelques réflexions sur la manière dont M. Mutel a, dans sa *Flore française pour servir aux herborisations*, considéré les espèces de scille que j'ai publiées (1). Cet auteur regarde mon *scilla fallax* comme une simple variété du *scilla obtusifolia*. Son assertion n'ayant rien fait changer à ma manière de voir à cet égard, je renvoie le lecteur

---

et la pulvérisation de la scille : Parmentier les a signalées dans son *Code pharmaceutique* et a donné dans le même ouvrage un bon procédé pour pratiquer ces opérations. Le climat de l'Algérie, où d'ailleurs la scille croît en grande abondance, étant très favorable à la dessiccation et à la pulvérisation de l'oignon de cette plante, il me semble que rien n'empêche qu'elles n'y soient exécutées dans nos hôpitaux, qui pourraient facilement fournir une quantité de scille sèche et de scille pulvérisée suffisante à la consommation de nos hôpitaux militaires de l'intérieur. On obtiendrait par ce moyen un médicament toujours identique, aussi actif que possible et peu dispendieux.

Les succédanés delascille sont probablement les espèces du genre *urginea*. Dans notre hémisphère il est inutile d'en chercher,parce que partout où ils peuvent se trouver, on rencontre aussi la scille en abondance ; mais, au cap de Bonne-Espérance et dans d'autres lieux de l'Afrique méridionale, cette observation pourrait mériter un peu plus d'attention, parce que la scille ne s'y trouve pas.

(1) *Ann. des sc. nat.* Février 1834.

à mon mémoire, afin qu'il y prenne connaissance des motifs qui me l'ont fait préférer, et que je crois inutile de reproduire ici; mais je puis me demander pourquoi M. Mutel, considérant mon espèce comme une simple variété, en a changé le nom en celui de *scilla angustifolia*. A quoi bon? Les feuilles du *scilla autumnalis* sont encore plus étroites. Le nom que j'ai proposé a l'avantage de mettre en garde contre l'erreur de Poiret, qui avait pris cette plante pour une variété du *scilla autumnalis*, tant il est peu naturel de croire qu'elle en soit une du *scilla obtusifolia*.

Pour rendre la transition plus facile entre ces deux plantes, M. Mutel suppose que le *scilla parviflora* de Desfontaines ou *numidica* de Poiret n'est qu'une variété intermédiaire, comme il est, en effet, intermédiaire entre eux pour la largeur de ses feuilles. Il faudrait que ces deux botanistes se fussent bien étrangement trompés pour regarder comme espèce une variété intermédiaire entre deux variétés! Le *scilla parviflora* a des bractées qui manquent aux autres; elles sont, à la vérité, petites et caduques, mais elles existent; les fleurs sont réellement plus petites, et quand même on trouverait quelques individus du *scilla obtusifolia* à fleurs aussi petites, ce dont je doute, à moins qu'elles soient mal développées, cela

ne suffirait pas pour confondre les deux espèces, car la forme du fruit est complètement différente, ce que M. Mutel ne paraît pas se rappeler, quoique j'aie figuré ce fruit; enfin l'ovaire ne renferme que trois ovules, ce qui est certainement bien différent, de trois graines par avortement. Toute personne habituée à étudier les ovules dans la fleur comprendra trop bien la valeur de la distinction que je fais ici pour que j'y insiste davantage. Le *scilla parviflora* est tellement peu une simple variété, que j'ai proposé d'en faire un genre particulier sous le nom de *stellaris* (1), et ce genre est si distinct que je me reproche de ne l'avoir pas alors adopté moi-même. C'est ce tort que je me propose de réparer, en donnant ici le caractère du genre (2).

Stellaris. (*Mœnch. excl. spec. omnes.*) *Perianthium patens, corolla calici similis; stamina corollæ subæqualia filamenta complanata, acuta lanceolata glabra, antheræ muticæ; pistillum staminibus æquale, ovarium viride depressum, triloculare, loculis monospermis; vasiductus subhorizontalis; fructus piriformis trilobatus; semina rotundata.*

---

(1) Note sur le genre *urginea*. *Ann. des sc. nat.*, Paris, juin 1834.

(2) J'ai déposé dans l'Herbier du Muséum du Jardin des plantes de Paris des échantillons de mes espèces.

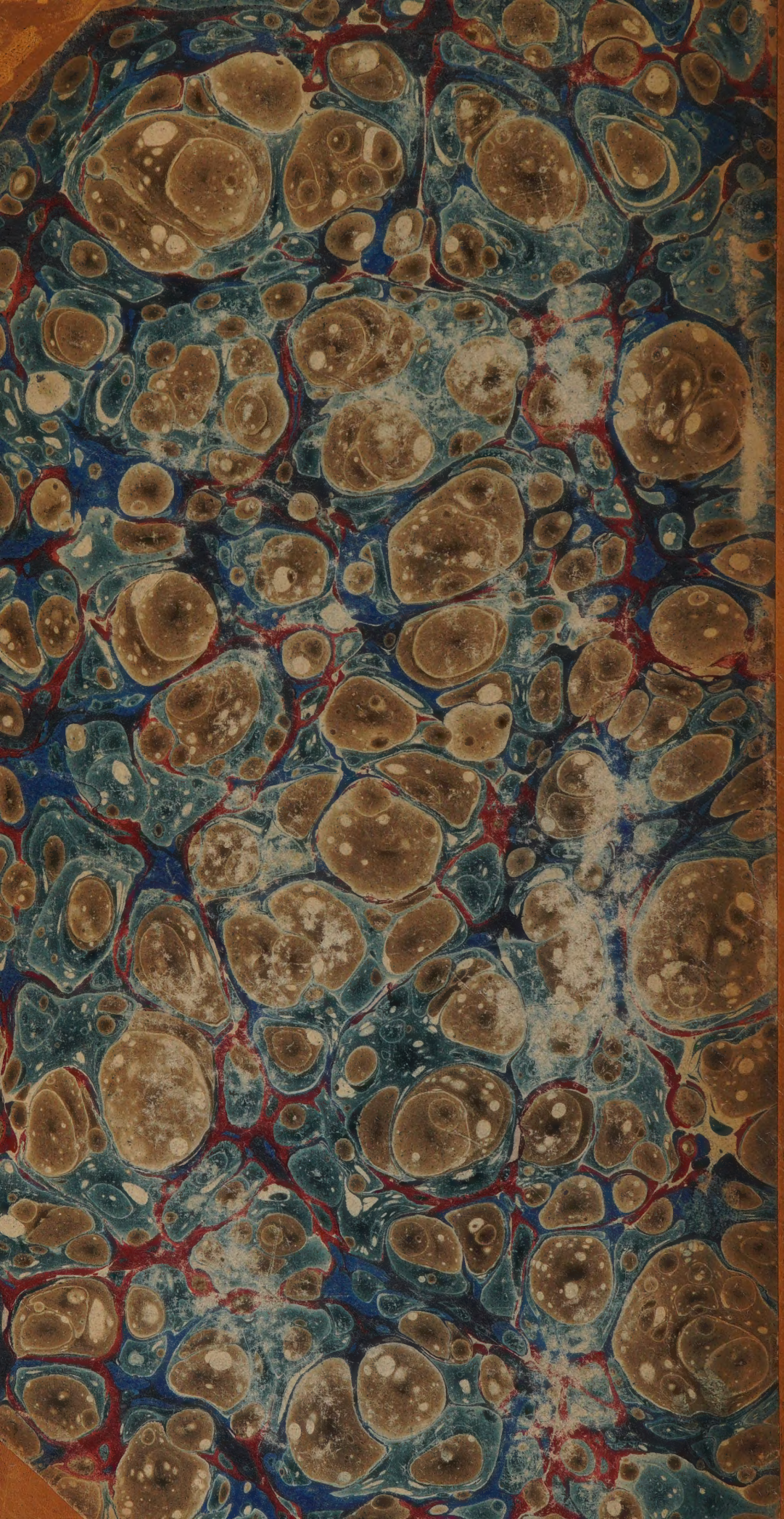
STELLARIS PARVIFLORA. *Scilla parviflora*. Desf., *Atl.*, 1, p. 300. — Pers., *Syn.*, p. 395. — Steinh., *Ann. Sc. nat.*, Paris, févr. 1834. — *Scilla numidica*, Poiret, *Voy. en Barb.*, 2, p. 150.

STELLARIS *bracteis brevissimis membranaceis, floribus racemosis parvis, post fecundationem pedunculo brevioribus, roseis; antheris violaceis; seminibus nigris; foliis lineari lanceolatis latiusculis, glabris lucidis. Crescit in Barbaria.*

TABLE DES MATIÈRES.

CONTENUES

DANS CE VOLUME.

Discours prononcé aux obsèques de M. le baron Desgenettes, par M. Broussais. . . . . Page 1
Mémoire sur l'endocardite ; par M. G. Tourdes. . 11
Compte-rendu de la clinique chirurgicale de l'hôpital militaire d'instruction de Strasbourg ; par M. P. Malle. 110
Observations sur l'emploi de l'eau froide dans les lésions chirurgicales des membres ; par M. Bonnet-Bonnefoy. 348
Observations recueillies dans le service de M. le D. Peysson ; par M. Avisard. 356
Observations relatives aux genres *scilla* et *urginea* ; genres nouveaux à établir dans la famille des liliacées sous les noms de *squilla* et de *stellaris*. Description d'une espèce nouvelle appartenant à cette famille ; par M. Ad. Steinheil. 360

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.